

BENEFÍCIOS DA ADMINISTRAÇÃO DE HEMODERIVADOS NA PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA MAJOR EM CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área
de Especialização em Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

Susana Margarida Correia Martins

Setembro-25



Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área
de Especialização em Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

Susana Margarida Correia Martins

BENEFÍCIOS DA ADMINISTRAÇÃO DE HEMODERIVADOS NA PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA MAJOR EM CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR

Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Saúde da Cruz
Vermelha Portuguesa – Lisboa, para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Orientador(es)
Professor Doutor Paulo Santos

Setembro-25



“Não deixes que ninguém te roube a imaginação, a criatividade ou a curiosidade.”

- Mae Jemison

Agradecimentos

A minha jornada foi longa, trabalhosa e muitas vezes penosa, marcada por enormes desafios, inúmeras dúvidas, mas repleta de superações e aprendizagens. Este relatório representa não só um esforço académico, mas também um esforço emocional, que espelha o reflexo de todo o apoio e de toda a minha estrutura, repleta de amor, amizade e força.

Para alcançar algo e, porque somos seres humanos, as relações interpessoais e espírito de entreajuda são fundamentais. O agradecimento na minha ótica gera frutos e provoca uma sensação completa de realização pessoal.

Agradeço ao meu esposo por toda a paciência, por cada palavra de incentivo nos momentos que quis desistir, em que duvidei de mim e só retribuía com cansaço. A tua paciência, compreensão e amor foram essenciais para atingir mais um objetivo, ainda que nem sempre concordasses com esta aventura. Foste mais do que um companheiro, foste amigo, foste um abrigo, uma força e uma motivação. Esta conquista não é só minha, mas também tua. Obrigada por acreditares em mim.

Aos meus pais que são um exemplo de superação, que sempre me ensinaram a lutar, a dar valor aos esforços, a ser humilde e me incutiram a sinceridade, perseverança e vontade de ajudar o outro. A eles, o meu maior obrigado por saber que mesmo estando mais ausente, estavam lá para tudo o que precisasse.

À minha irmã, que me diz não precisas de fazer tanto, nem tens de ser a menina perfeita! Obrigada pelo teu apoio.

À minha sobrinha, cheia de cor, brilho e lantejoulas, que me alegrou mesmo quando estava emocionalmente em baixo, com todas as suas gracinhas e a sua inocência de criança.

Aos meus amigos, que foram um apoio incondicional, espero que saibam o quão importantes são para mim.

Ao supervisor pedagógico, o meu sincero obrigado pela sua orientação, muita paciência e pela partilha da sua sabedoria. A sua total disponibilidade foi crucial e agradeço por me desafiar a fazer melhor.

Aos meus supervisores clínicos, que me estimularam e partilharam todos os seus conhecimentos, saberes e habilidades, um especial obrigado.

Resumo

O presente relatório surge no âmbito das Unidades Curriculares de Estágio com Relatório do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa.

Tem como objetivo a consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. Trata-se de uma metodologia reflexiva, com uma análise crítica do percurso académico e da aquisição das competências necessárias para a obtenção do título de enfermeiro especialista. O mesmo foi norteado pela teoria das Transições de Afaf Meleis, que serviu de suporte conceptual a todas as intervenções de enfermagem realizadas.

Como futura enfermeira especialista, preza-se a evidência mais atual e a qualidade e segurança da pessoa durante a prestação de cuidados de enfermagem. Em Portugal, o consenso relativamente à administração de hemoderivados em contexto extra-hospitalar está, ainda, longínquo, carecendo de investigação adicional nesta área.

A introdução de novos protocolos no contexto extra-hospitalar pode representar um passo importante na promoção de melhores cuidados para a população, especialmente para os habitantes de zonas remotas, com difícil acesso ou transportes prolongados para ambiente hospitalar.

A revisão *scoping* e o estudo sobre a perceção dos benefícios da administração de hemoderivados na vítima de trauma *major* em contexto extra-hospitalar, com a identificação de barreiras à implementação, podem significar ganhos em saúde.

É, ainda, crucial, a formação das equipas de saúde na área da abordagem da vítima de trauma, com o intuito que esta seja pormenorizada, sistemática e célere.

Palavras-chave: transfusão de componentes sanguíneos; transfusão de sangue; traumatismo múltiplo; ferimentos e lesões; assistência pré-hospitalar

Abstract

This report was developed within the scope of the Curricular Units of Internship with Report of the 2nd Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of specialization in Critical Care Nursing, at the Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisbon.

Its purpose is to consolidate theoretical knowledge and to develop both common and specific nursing competencies of the specialist nurse. A reflective methodology was adopted, involving a critical analysis of the academic pathway and of the acquisition of competencies required for recognition as a specialist nurse. The work was guided by Afaf Meleis' Transitions Theory, which provided the conceptual framework for all nursing interventions undertaken.

As a future specialist nurse, particular emphasis is placed on the use of up-to-date evidence and on ensuring quality and safety in patient care. In Portugal, consensus regarding prehospital administration of blood products remains distant, underscoring the need for further research in this area.

The introduction of new prehospital protocols could represent a significant step toward improving healthcare delivery, particularly for populations in remote areas where access to hospital care is limited or transport is delayed.

The scoping review and the study on perceived benefits of prehospital administration of blood products in major trauma victims, combined with the identification of barriers to implementation, may lead to significant health gains.

Equally important is the training of healthcare teams in the initial assessment and management of major trauma, with the aim of ensuring a detailed, systematic, and timely approach.

Keywords: blood component transfusion; blood transfusion; multiple trauma; wounds and injuries; prehospital care

Lista de Abreviaturas e Siglas

AIS- *Abbreviated Injury Scale*

BPS - Escala comportamental da dor

CIT - Coagulopatia induzida pelo trauma

DGS - Direção Geral de Saúde

ECG - Eletrocardiograma

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EUA – Estados Unidos da América

IACS - Infecções associadas aos cuidados de saúde

ICP - Intervenção coronária percutânea

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ISS - *Injury Severity Score*

KPC - *Klebsiella pneumoniae carbapenemase*

MRSA - *Staphylococcus aureus* resistente à metilina

NBRQ - Nuclear, Biológica, Química e Radiológica

NISS - *New Injury Severity Score*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAI - Pneumonia associada à ventilação invasiva

PaO₂ – Pressão arterial de oxigénio

PBE - Prática Baseada na Evidência

PCR - Paragem cardiorrespiratória

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC- Pessoa em Situação Crítica

RAM -Resistências aos antimicrobianos

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RGPD - Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

RTS - *Revised Trauma Score*

SBV - Suporte Básico de Vida

SE- Sala de emergência

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SpO₂ -Saturação periférica de oxigénio

START - *Simple Triage and Rapid Transport*

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

TCE - Traumatismo cranioencefálico

TRISS - *Trauma Score and Injury Severity Score*

UC – Unidade Curricular

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

ULS - Unidade Local de Saúde

VA - Via Aérea

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Índice

I. Introdução	15
II. Enquadramento teórico	18
II.1 Teoria das transições de Afaf Meleis	18
II.2 Hemoderivados administrados na pessoa vítima de trauma <i>major</i> em contexto extra-hospitalar	20
III. Percurso do desenvolvimento das competências de Mestre, Comuns e Especializadas	25
III.1.1 Contexto de estágio: VMER	25
III.1.2 Contexto de estágio: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	26
III.1.3 Contexto de estágio: Serviço de Urgência Polivalente	27
III.2 Diagnóstico de situação	29
III.2.1 Diagnóstico de situação: VMER	29
III.2.2 Diagnóstico de situação: UCIP	30
III.2.3 Diagnóstico de situação: Serviço de Urgência Polivalente	32
III.3 Definição de objetivos e Planeamento	32
III.4 Execução e Avaliação	33
III.5 Análise reflexiva das competências adquiridas	40
III.5.1 Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre	41
III.5.1.a Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	41
III.5.1.b Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	44
III.5.1.c Domínio da gestão dos cuidados	52
III.5.1.d Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	56
III.5.2. Competências Específicas em EEMC-PSC	60

III.5.2.a Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	60
III.5.2.b Dinamiza a resposta em situações emergências, exceção e catástrofe, da conceção à ação	64
III.5.2.c Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	66
IV. Considerações finais	68
V. Referências Bibliográficas	71
Apêndices	81
A. Índices de Gravidade	82
B. Matriz analítica de análise SWOT e análise Cruzada	85
C. Protocolo de Investigação – pedido de comissão de ética	88
D. Ação de formação “Benefícios da administração de hemoderivados na Pessoa Vítima de Trauma <i>Major</i> em contexto extra-hospitalar” no âmbito do estágio da VMER	108
E. Gráficos das respostas ao Questionário de Avaliação da ação de formação “Benefícios da administração de hemoderivados na Pessoa Vítima de Trauma <i>Major</i> em contexto extra-hospitalar” no âmbito do estágio da VMER	110
F. Ação de formação sobre “Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma” no âmbito do estágio da VMER	113
G. Sessão de formação sobre “Suporte Básico de Vida” âmbito do estágio da VMER	122
H. Ação de formação sobre “Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma” no âmbito do estágio da UCIP e SUP	124
I. Questionário de levantamento de necessidades formativas sobre a “Abordagem à Pessoa Vítima de trauma” aplicado na UCIP	126

J.Gráficos de resposta ao questionário sobre “Abordagem à Pessoa Vítima de trauma” aplicado na UCIP	134
K.Poster “A Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva”	141
L.Questionário de levantamento de necessidades formativas sobre a “Abordagem à Pessoa Vítima de trauma” aplicado na SUP	143
M.Gráficos de resposta ao questionário sobre “Abordagem à Pessoa Vítima de trauma” aplicado na SUP	153
N.Quadro referente ao Plano de Projeto	160
O.Planeamento da ação de formação “Benefícios da administração de hemoderivados na Pessoa Vítima de Trauma <i>Major</i> em contexto extra-hospitalar” no âmbito do estágio da VMER	163
P.Planeamento da ação de formação sobre “Abordagem à Pessoa Vítima de trauma” no âmbito do estágio da VMER	166
Q.Planeamento da ação de formação sobre “Suporte Básico de Vida”	189
R.Planeamento da ação de formação sobre “Abordagem à Pessoa Vítima de trauma” na UCIP	193
S.Planeamento da ação de formação sobre “Abordagem à Pessoa Vítima de trauma” na SUP	198
T.Cronograma das Atividades	203
U.Cartaz de divulgação da ação de formação sobre “Benefícios da administração de hemoderivados na Pessoa Vítima de Trauma <i>Major</i> em contexto extra-hospitalar” no âmbito do estágio da VMER	205
V.Cartaz de divulgação da ação de formação sobre “Abordagem à Pessoa Vítima de trauma”	207
W. Questionário de Avaliação da ação de formação no sobre “Suporte Básico de Vida” no âmbito do estágio da VMER	209
X.Questionário de avaliação de satisfação da ação formativa “Abordagem à Pessoa Vítima de trauma”	211

Y.Gráficos das respostas ao Questionário de Avaliação da ação de formação “Abordagem à Pessoa Vítima de trauma” no estágio da VMER	218
Z.Gráficos das respostas ao Questionário de Avaliação da ação de formação “Abordagem à Pessoa Vítima de trauma” na SUP	222
AA.Resumo da revisão <i>scoping</i> “Benefícios da administração de hemoderivados em trauma major em contexto extra-hospitalar: revisão <i>scoping</i> ”	225
BB.Ciclo Reflexivo de <i>Gibbs</i> realizado no âmbito do estágio da VMER	227
Anexos	234
I.Parecer positivo da comissão de ética	235
II.Pós-Graduação em Supervisão Clínica	237
III. <i>Webinar</i> “Ciência do Cuidar: Cuidados de Enfermagem na Transculturalidade pela OE”	239
IV.Suporte Básico de Vida Trauma – Abordagem básica e técnicas de imobilização	241
V.Submissão Projeto “Rir do Stress”	243
VI.Apresentação do Projeto “Rir do Stress”	245
VII.“(In)formativa sobre a Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica”	247
VIII.Gestão de Stress	249
IX.Liderança	251
X.ITLS	253
XI.ACLS	255
XII.Fatores de risco para a pneumonia associada à intubação em doentes críticos sob ventilação mecânica invasiva	257
XIII.Abordagem ao doente queimado no SUMC	259
XIV.I Congresso Internacional do Núcleo de Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica da ULSBM 2025 INTERVIR E VALORIZAR	261

XV.2º Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano	263
XVI.I Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha de Lisboa	265
XVII.II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem “Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho Emergente”	267
XVIII.I jornadas Científicas de enfermagem com o tema: “Múltiplas abordagens à pessoa ao longo dos ciclos de vida”	269
XIX. <i>Webinar</i> - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Supervisão Clínica para o Desenvolvimento Profissional	271
XX. <i>Webinar</i> - Violência contra os Enfermeiros	273
XXI. <i>Webinar</i> - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Domiciliação e Integração de Cuidados	275
XXII.Curso com título de "Língua portuguesa em contexto de escrita académica" pela nau	277
XXIII. <i>Webinar</i> “Debriefing After Attending Your First Resuscitation Attempt”	279
XXIV.V Congresso Internacional <i>Critical Care</i> – CESPU’ 25	281
XXV.Submissão artigo sobre a perceção dos enfermeiros sobre as barreiras na supervisão clínica de estudantes de enfermagem num SUMC	283
XXVI.Revisão de literatura com o título “Fatores de risco para a pneumonia associada à intubação em doentes críticos sob ventilação mecânica invasiva”	285
XXVII.Póster com o título “Fatores de risco para a pneumonia associada à intubação em doentes críticos sob ventilação mecânica invasiva”	287
XXVIII.Póster com o título “Delirium na Pessoa Submetida a Intervenção Coronária Percutânea Pós Enfarte Agudo do Miocárdio”	289
XXIX.Comunicação oral com o título “A Perceção dos Enfermeiros sobre as dificuldades vivenciadas na Supervisão Clínica de Estudantes de Enfermagem	291

XXX.Comunicação oral com o título “Barreiras e Estratégias na Supervisão Clínica de Estudantes de Enfermagem num Serviço de Urgência”	293
XXXI.Comunicação oral com o título “A Identificação de métodos eficazes de comunicação com o doente ventilado no SMI”	295
XXXII.Póster com o título “Dificuldade na Supervisão Clínica de Estudante de Enfermagem “	297
XXXIII.Póster com o título “Vantagens da administração de hemoderivados na pessoa vítima de trauma em contexto extra-hospitalar: a perceção dos enfermeiros”	299
XXXIV.Pós-Graduação em Abordagem ao Doente Crítico	301
XXXV. <i>Webinar</i> Capacitar para o improvável: Gestão de recursos em emergência médica e catástrofe	303
XXXVI.Congresso Internacional de controlo de Infecção CICI 2025	306
XXXVII.XII Curso de Controlo de infeção e das resistências aos antimicrobianos da ULS do Litoral Alentejano	308
XXXVIII.Curso de Infecção associada aos cuidados de saúde: abordagem geral	310
Índice de Figuras	
Figura 1 – Resultados do Questionário de Satisfação da Sessão “Suporte Básico de Vida”.	35
Índice de Quadros	
Quadro 1 - Análise estatística dos resultados da satisfação da ação de formação “Suporte Básico de Vida”.	36
Quadro 2 - Análise estatística dos resultados da satisfação da ação de formação “Abordagem Inicial à Pessoa Vítima de Trauma” realizada no estágio da VMER.	37
Quadro 3 - Análise estatística dos resultados da satisfação da ação de formação “Abordagem Inicial à Pessoa Vítima de Trauma” realizada no estágio do SUP	39

I. Introdução

O presente relatório surge no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na vertente da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II e III.

Este relatório decorre da realização de três estágios em diferentes contextos: Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP). Pretende-se dar a conhecer todo o percurso desenvolvido para a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), necessárias à obtenção do título de EEEMC-PSC e respetivo grau académico de mestre em enfermagem, após discussão em prova pública.

Com o presente relatório, proponho-me a explorar os benefícios da administração de hemoderivados na pessoa vítima de trauma *major* em contexto extra-hospitalar e delinear estratégias e intervenções que visam capacitar o enfermeiro especialista a desenvolver a sua prática no domínio da PSC. O enfermeiro especialista em PSC assume-se detentor do conhecimento mais substanciado e atual na área, com capacidade de identificação precoce de focos de instabilidade e de resposta atempada, realizando a triagem primária e adequando a sua resposta às necessidades das situações de trauma e demais patologias.

A escolha da temática emerge de um gosto pessoal decorrente do meu percurso profissional, onde surgiu uma paixão pelo trauma. Ao exercer funções num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), num hospital periférico com uma vasta área geográfica, verificam-se frequentemente situações de trauma em que o tempo de transporte da pessoa até ao ambiente hospitalar é consideravelmente longo. Evidencia-se a necessidade de novos estudos na área, com especial ênfase em intervenções que possam ser efetuadas de modo mais célere na pessoa vítima de trauma. Considero a temática repleta de carácter formativo, com um vasto espaço para o crescimento técnico-científico e pedagógico, permitindo a implementação de novas abordagens e protocolos no extra-hospitalar. Esta prática já é uma realidade presente em alguns países com benefícios notórios e comprovados. Assim, o desenvolvimento da temática poderá constituir-se como uma ponte para a mudança de paradigma e implementação de novos programas na área da saúde em Portugal.

O trauma é uma das principais causas de morte em todo mundo, notavelmente em indivíduos com idades até aos 45 anos de idade, representando 8% das mortes

mundiais neste segmento de idades¹. Considerando a hemorragia pós-traumática como um fator significativo na mortalidade precoce da pessoa vítima de trauma^{2,3,4}, torna-se imperativo pensar em intervenções que incidam sobre esta condição, procurando medidas para a contrariar. Surge, de igual modo, a necessidade de desenvolver a temática da administração de hemoderivados em contexto extra-hospitalar, face à sua potencial relevância na redução da taxa de mortalidade e morbilidades.

Relativamente à área de especialização em Enfermagem à PSC, a mesma tem como alvo “a pessoa cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”⁵ pp.193⁶². A pessoa vítima de trauma enquadra-se neste contexto, na medida em que a sua taxa de mortalidade é deveras elevada, quer a nível mundial, quer a nível europeu e nacional⁶ e o trauma requer um conjunto complexo de cuidados de enfermagem, para assegurar a sobrevivência da vítima e diminuir as sequelas derivadas deste evento nos sobreviventes.

É essencial identificar as vantagens da presente temática para que, futuramente, seja uma prática implementada na nossa realidade. Importa, deste modo, formar as equipas e promover o pensamento crítico, com o intuito de melhorar os cuidados prestados à pessoa.

Este relatório alicerça-se numa abordagem crítica, reflexiva e analítica, centrada na temática da promoção dos conhecimentos relativos aos benefícios da administração de hemoderivados na pessoa vítima de trauma *major* em contexto extra-hospitalar. Nesse âmbito, foram efetuadas ações de sensibilização e reflexões críticas, quer de método informal, quer formal. Adicionalmente, foi realizada uma revisão *scoping* segundo as diretrizes do Joanna Briggs Institute, assegurando o cumprimento de todos os princípios éticos e deontológicos inerentes à prática académica e profissional.

No relatório estão descritas as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios e são analisadas as respetivas aprendizagens e ganhos adquiridos em saúde. O mesmo está organizado em cinco capítulos, abordando inicialmente um enquadramento teórico e conceptual da temática, com evidência científica atual e explicitação do modelo teórico de Enfermagem adotado. Seguidamente, destaco o percurso de desenvolvimento das competências - de mestre e de especialista, realizando uma breve contextualização dos locais de estágio, diagnóstico de situação (definido em consonância com as atividades previamente definidas e será detalhado no subcapítulo afeto), definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e análise reflexiva das competências adquiridas. Por último, apresento as considerações finais, com uma síntese de todas as aprendizagens, ganhos e desafios e as referências bibliográficas.

O presente documento cumpre as normas de elaboração de trabalhos da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha - Lisboa, segundo as diretrizes da norma de *Vancouver* e redigido de acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

II. Enquadramento teórico

II.1 Teoria das transições de Afaf Meleis

Para sustentar o presente trabalho, utilizo como referencial teórico de enfermagem a teoria das Transições de Afaf Meleis, sendo o conceito de transição fundamental na Enfermagem não só pela sua abrangência, como também pela sua aplicabilidade e afinidade para a saúde. Neste âmbito, uma transição define-se como uma mudança de estado, que pode gerar respostas positivas ou negativas⁷.

No que concerne a natureza das transições, Meleis identifica quatro tipos de transição e enumera os diferentes padrões e propriedades associadas⁷. A transição de desenvolvimento consiste na mudança para uma nova etapa de vida⁷, como a transição da adolescência para a fase adulta ou transição da fase de fertilidade para a menopausa.

A transição organizacional pode ser decorrente de uma mudança no ambiente, geralmente derivada de fatores sociais, económicos ou políticos, que influenciam a prestação de cuidados por parte dos profissionais de saúde⁷, nomeadamente uma mudança na liderança da equipa, a introdução de novas tecnologias que afetam o desempenho das funções ou alterações nos protocolos vigentes na organização.

A transição situacional denota-se pela mudança do papel da pessoa na sociedade, no seio familiar, no meio profissional, entre outros⁷. Pode ser resultante de mudanças geográficas, como na emigração. No contexto pessoal, o divórcio representa uma transição situacional, com potenciais mudanças nas relações interpessoais. A nível profissional, podemos verificar este tipo de transição na pessoa vítima de uma amputação traumática, que é obrigada a mudar de função na sua atividade laboral.

Por último, a transição saúde-doença representa uma mudança de um estado de bem-estar para uma situação de doença aguda ou crónica e vice-versa⁷. Esta transição pode ser gradual, no caso de doenças crónicas, como por exemplo a diabetes; ou aguda, na sequência de uma infeção ou trauma.

Um evento de trauma traduz-se numa troca de energia entre o ambiente e o corpo, no qual podem ocorrer lesões nos órgãos e sistemas, com impacto significativo a nível social, psicológico, político e económico⁸. Desta forma, o trauma pode significar uma rutura no estado de saúde da pessoa resultando numa transição saúde-doença, essencialmente pelas sequelas provenientes do evento traumático. Para a pessoa e família pode também representar transições situacionais, onde surge a necessidade de uma reestruturação de papéis, como o exemplo de uma pessoa independente que, após um evento de trauma, passa a necessitar de cuidados, levando um familiar ou pessoa de referência a assumir o papel de cuidador.

As alterações no estado de saúde da pessoa podem estar associadas a múltiplas transições diferentes, podendo levar a uma deterioração das relações sociais, capacidades e autonomia. O enfermeiro especialista assume um papel fundamental neste processo e deve, com as suas competências específicas, dar primazia ao cuidado à pessoa, atuando como um agente facilitador nestas transições junto da pessoa e dos seus familiares. É importante ter em conta todos os fatores geradores destas transições (individuais, ambientais e terapêuticas em enfermagem), sendo que as intervenções de enfermagem abrangem ações preventivas do processo de transição, assim como intervenções de resposta ao evento. Estas transições estão carregadas de fortes emoções associadas com as dificuldades emergentes que o processo de transição acarreta; o bem-estar físico e psicológico adquire assim uma dimensão adicional no processo, que pode representar a diferença entre uma transição ser bem ou mal sucedida. O significado associado à resposta da pessoa à transição exhibe especial preponderância, sendo importante que o enfermeiro especialista saiba interpretar as diferentes emoções, sejam estas positivas, negativas ou neutras, tais como a angústia, a satisfação, a frustração, a apatia, entre outros.

O enfermeiro especialista deverá estar presente e atento, com vista a prestar o cuidado mais humanizado possível, baseado nas competências previamente adquiridas, permanecendo atento às exigências do processo de mudança que a pessoa está a vivenciar^{7,9,10}.

Os indicadores de processo permitem acompanhar o progresso da pessoa durante as transições, requerendo uma análise periódica para observar o estado da transição. Os indicadores de resultado são comumente utilizados para caracterizar o resultado de uma transição, sendo que uma transição de sucesso se evidencia pela substituição de sentimentos de stress, ansiedade ou aflição por sentimentos de bem-estar, conforto e domínio sobre a situação⁷.

A ciência da enfermagem é uma ciência humana orientada para a prática, uma disciplina do cuidar, orientada para a saúde com uma perspetiva de bem-estar, tendo por base o relacionamento entre enfermeiro e utentes¹¹ e a compreensão de que “os seres humanos são seres complexos e não é possível conhecê-los no seu todo”^{11 p. 66}.

II.2 Hemoderivados administrados na pessoa vítima de trauma *major* em contexto extra-hospitalar

O trauma representa um grave problema de saúde pública a nível mundial^{6,12,13,14}. As estimativas apontam para cerca de seis milhões de mortes anuais de pessoas vítimas de trauma, com uma elevada percentagem dos sobreviventes a apresentarem sequelas^{6,12,14}. O trauma é efetivamente uma causa significativa de mortalidade, incapacidade e diminuição da qualidade de vida^{6,12,15}. Em 2021, registaram-se 164 039 mortes na União Europeia, resultantes de trauma de natureza diversa¹⁶.

Na faixa etária dos 25 aos 49 anos, a principal causa de trauma é o acidente rodoviário, sendo a hemorragia traumática e a coagulopatia associada ao trauma as principais causas de falência multiorgânica e morte potencialmente evitável¹⁷. Exigindo a capacidade de um diagnóstico eficaz, para identificar situações críticas e instituir o tratamento adequado à situação.

O contexto extra-hospitalar denota grande complexidade, com enormes desafios decorrentes dos meios limitados, quer a nível de recursos humanos, quer de recursos físicos, o que implica uma coordenação minuciosa da equipa. A emergência extra-hospitalar faz referência a “toda a situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe experienciada por pessoa, grupo ou comunidade, que exige uma avaliação e intervenção imediatas, no momento e local, garantindo um atendimento de qualidade, integral e oportuno”^{18 pp.10759}. O enfermeiro em contexto de emergência extra-hospitalar deve ser detentor de conhecimento concreto e sistematizado na área, sendo responsável pelo processo de cuidados de enfermagem à pessoa a vivenciar uma situação de emergência¹⁸.

Abordando a definição de trauma, este resulta de um evento, um agente externo, uma série de eventos ou um conjunto de circunstâncias que um indivíduo vivencia, fisicamente ou emocionalmente, que se consideram prejudiciais ou ameaçadores, podendo ter efeitos adversos e potencialmente duradouros no funcionamento e bem-estar biopsicossocial e espiritual da pessoa e respetiva família¹⁹. Este ocorre por meio de transferência de energia, quando existe uma libertação excessiva de energia ou uma interrupção do seu fluxo normal geradas no momento pelo impacto²⁰. As lesões provocadas pelo evento traumático resultam da incapacidade do corpo humano de dissipar a energia proveniente do evento²⁰.

O trauma *major* faz referência a “um evento nocivo que acontece quando há libertação de formas específicas de energia física ou quando há barreiras ao fluxo normal de energia”^{21 pp.527}, implicando uma disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, em que a sobrevivência da vítima está dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica¹². Esta lesão grave pode traduzir-se em morbilidade ou

mortalidade e é, tipicamente, classificada na escala de *Injury Severity Score* (ISS) com um score ≥ 16 ^{22,23}.

Existem diferentes índices para avaliar a gravidade das lesões nas pessoas vítimas de trauma, com o objetivo de caracterizar a severidade da lesão, considerados fundamentais para fornecer indicadores e sustentar a estratificação do risco. Estes índices também podem ser utilizados como instrumentos de apoio à tomada de decisão. Temos como exemplos o *Abbreviated Injury Scale* (AIS), *Revised trauma Score*, *Trauma Score and Injury Severity Score* (TRISS) e *Injury Severity Score* (ISS)¹², que podem ser consultados no apêndice A. Adicionalmente, o *New Injury Severity Score* (NISS) é uma modificação do ISS que se caracteriza pela soma dos quadrados das três lesões mais graves, não tendo em conta a região da lesão do corpo²².

Relativamente à abordagem da pessoa vítima de trauma, tanto em contexto extra-hospitalar como hospitalar, preconiza-se a abordagem “xABCDE”, onde acresce a prioridade no controlo da hemorragia exsanguinante²⁴. A avaliação inicial deve ser realizada nos primeiros 20 minutos¹². Esta abordagem deve ser realizada de forma pormenorizada e sistematizada, baseada numa avaliação sequencial consoante a ordem de importância, identificando e corrigindo as situações ameaçadoras de vida. Importa ainda assegurar o controlo da coluna cervical na abordagem à via aérea (VA)^{12,24,25,26}.

Explicando a abordagem xABCDE:

x- Controlo da hemorragia exsanguinante: esta deve ser controlada com uso de torniquetes ou agentes hemostáticos na presença de hemorragia exsanguinante²⁴.

A – Via Aérea (*Airway*): é realizada uma avaliação da permeabilidade da via aérea e da capacidade de manter a VA segura e patente. Pode ser necessário recorrer a adjuvantes da VA, dispositivos supraglóticos ou entubação traqueal. Em casos de suspeita de traumatismo cranioencefálico (TCE) ou trauma cervical, é fundamental o controlo da coluna cervical - com recurso à estabilização manual ou uso de colar cervical se indicado - e deve ser realizada a subluxação da mandíbula se ausência de reflexos²⁶⁻²⁹.

B- Avaliação da ventilação e oxigenação (*Breathing*): é importante avaliar sinais de dificuldade respiratória e de hipóxia. A administração de oxigenoterapia deve ser ponderada. O valor alvo na pessoa vítima de trauma é de $SpO_2 \geq 95\%$ ou $PaO_2 > 70$ mmHg. Nesta fase, é essencial avaliar a região cervical e torácica de modo a identificar lesões²⁶⁻²⁹.

C- Circulação com controlo de hemorragia (*Circulation*): nesta fase assegura-se o controlo da hemorragia e efetua-se uma monitorização para identificar instabilidade hemodinâmica. A avaliação da região abdominal é necessária, sendo importante a identificação de hemorragias ocultas decorrentes de trauma contuso ou penetrante.

Devem ser canalizados acessos venosos periféricos de grande calibre para a administração de terapêutica, como por exemplo fluídos, hemoderivados e ácido tranexâmico²⁶⁻²⁹.

D - Disfunção neurológica (*Disability*): é avaliado o nível de consciência da pessoa, aplicando, por exemplo, a escala de Glasgow. Deve ser realizada uma avaliação pupilar e resposta motora bilateral, assim como uma avaliação da glicemia capilar²⁶⁻²⁹.

E - Exposição (*Exposure*): nesta fase devemos expor a pessoa vítima, removendo a roupa necessária para permitir a avaliação de todas as lesões que possam existir, particularmente da região posterior do corpo, tendo especial atenção à prevenção da hipotermia (uma das problemáticas da tríade letal) com recurso a cobertores quentes, dispositivos de aquecimento e administração fluídos aquecidos. Apesar desta avaliação ser fundamental, não devemos secundarizar a dignidade da pessoa e a sua privacidade²⁶⁻²⁹.

Esta avaliação primária permite definir se a condição clínica da pessoa é crítica ou não crítica. Em trauma, quando realizamos a avaliação inicial o mecanismo de lesão deve ser incluído, dado que a energia cinética que possa estar envolvida nos incidentes permite-nos prever possíveis lesões, pelo que uma abordagem inicial à pessoa vítima de trauma é essencial. As mortes evitáveis em trauma estão relacionadas com o diagnóstico incorreto e a incapacidade de resolver o A, B e C²⁶.

O choque hemorrágico em trauma tem uma mortalidade associada de cerca de 20% nas primeiras 24 horas após a lesão; cerca de metade das mortes extra-hospitalares potencialmente evitáveis são causadas por hemorragia^{3,21,30-33} e cerca de um terço das pessoas vítimas de trauma grave aquando da sua entrada nos serviços hospitalares apresentam níveis significativos de coagulopatia induzida pelo trauma (CIT)¹⁷. Deste modo, torna-se imperativo pensar em intervenções e medidas para contrariar esta tendência, sobressaindo a necessidade de desenvolver programas orientados para o contexto extra-hospitalar que permitam diminuir a taxa de mortalidade.

A homeostasia e a oxigenação dos tecidos são fundamentais para o tratamento da hemorragia. Durante anos foi defendido o uso precoce e agressivo de cristaloides no tratamento da hipotensão associada ao trauma, por serem de baixo custo económico, fáceis de transportar, sem risco infeccioso e de transmissão cruzada. Contudo, estudos atuais demonstram que o seu uso pode ser prejudicial, agravando a hemorragia e mortalidade associada³²⁻³⁵. Com a administração de hemoderivados em contexto extra-hospitalar, o volume de cristaloides pode ser diminuído. Neste sentido, os hemoderivados registam mais benefícios que os cristaloides, pois diminuem complicações associadas à hemodiluição por uso excessivo de cristaloides e apresentam benefícios a nível da estabilização hemodinâmica da pessoa vítima de trauma³²⁻³⁶. Quando se compara a

abordagem da administração de hemoderivados em contexto extra-hospitalar com a abordagem padrão – a administração de cristaloides - denota-se uma redução da taxa de mortalidade^{33,35}. Num estudo multicentro realizado nos EUA evidenciou-se uma mortalidade a 30 dias consideravelmente inferior em todos os grupos sujeitos à administração de hemoderivados face ao grupo de controlo que recebeu exclusivamente cristaloides; verificou-se uma redução de 62% no grupo que recebeu sangue total mais plasma, 43% no grupo que recebeu apenas plasma e 32% no grupo que recebeu apenas sangue total³⁶.

A administração de hemoderivados no extra-hospitalar está ainda associada a hemostasia mais eficaz, diminuição da vasoconstrição pulmonar com maior capacidade de transporte de oxigénio até aos tecidos e, consequentemente, na manutenção das funções vitais³, melhorias nos desequilíbrios ácido-base, atenuação da CIT e possível diminuição da quantidade global de hemoderivados administrados no meio hospitalar^{3,33,35,37-41}. Permite, portanto, uma atempada resposta na hemostasia, estabilização hemodinâmica da vítima, diminuição do número de transfusões sanguíneas em meio hospitalar e prevenção da “tríade letal” (hipotermia, acidose metabólica, alterações na coagulação), essencialmente ao nível da acidose metabólica e coagulopatia.

A tríade letal está associada a taxas de mortalidade elevadas na pessoa vítima de trauma, assim, a abordagem inicial a estas pessoas deve ter como foco a prevenção, ou até mesmo, limitar, a tríade letal que está associada a *outcomes* piores^{42,43}. Dá-se início a um ciclo vicioso, no qual a acidose metabólica e a hipotermia promovem a coagulopatia levando à morte por choque hemorrágico^{42,43}. No entanto, existe outro elemento que interage com este ciclo, a hipocalcemia, que também está relacionado com um elevado número de pessoas vítimas mortais, desta forma, surge o diamante letal, com o acréscimo da hipocalcemia, formando então um losango letal^{42,43}. O cálcio é um cofator fundamental nas diversas funções fisiológicas e reações enzimáticas, nomeadamente na coagulação, adesão plaquetária, contratilidade miocárdica e tónus vasomotor^{42,43}. Esta hipocalcemia surge antes da transfusão de hemoderivados e está associada a um aumento de necessidade de transfusão de hemoderivados e piores *outcomes*^{42,43}. Ao já mencionado, importa referir que associado à administração de hemoderivados existe um acréscimo da hipocalcemia^{41,42}. Daí a importância da adaptação do conceito de tríade letal para diamante letal. No entanto, ainda existe uma escassez de evidência para dar suporte à importância clínica da introdução do diamante letal como uma abordagem sistemática^{42,43}.

Segundo a evidência, a administração de hemoderivados apresenta maiores benefícios aquando da sua administração nos primeiros minutos após a ocorrência do trauma, reduzindo significativamente a taxa de mortalidade^{8,31,33,35,41,44} e melhorando a

sobrevida a 24 horas e a 30 dias^{31,33,35, 39, 44-47, 38, 43-46}. Verificamos que esta intervenção tem maior impacto em zonas distantes de centros hospitalares e zonas rurais, que implicam tempos de transporte da pessoa vítima de trauma mais prolongados.

A intervenção demonstra ainda benefícios a nível socioeconómico, dado que pode registar tempos de internamentos mais curtos⁴¹, reduzindo assim os custos associados ao internamento.

A baixa implementação da administração de hemoderivados no extra-hospitalar, nomeadamente em centros de especialidade, sugere uma forte necessidade de maior desenvolvimento científico nesta área suportado pela evidência científica⁴⁶. Apenas cerca de 1% dos serviços de emergência médica em contexto de extra-hospitalar nos Estados Unidos da América tem implementados programas de administração de hemoderivados, ainda que, as estimativas apontem que anualmente entre 54.000 e 900.00 pessoas vítimas de trauma pudessem beneficiar de tal⁴⁸. Assim, um elevado número de pessoas vítimas de trauma carece de intervenções para minimizar as mortes evitáveis⁴⁹.

As principais barreiras associadas à adoção desta intervenção coadunam-se com os custos financeiros associados; a complexidade logística associada à obtenção dos produtos sanguíneos, ao armazenamento, transporte e conservação dos hemoderivados; as limitações ao nível dos campos de atuação dos profissionais do extra-hospitalar e a colaboração exigida entre os diversos órgãos de saúde⁴⁸.

É essencial identificar as vantagens da presente temática para que no futuro seja uma prática passível de implementação nos nossos contextos.

III. Percurso do desenvolvimento das competências de Mestre, Comuns e Especializadas

Neste capítulo é explanado todo o trabalho desenvolvido para a aquisição e desenvolvimento das competências de Mestre, Comuns e Especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. O capítulo está organizado pelos seguintes subcapítulos: contextualização dos locais de estágios; diagnóstico de situação referente a cada local de estágio; definição de objetivos e planeamento; execução e avaliação; análise reflexiva da aquisição de competências.

III.1.1 Contexto de estágio: VMER

O primeiro estágio decorreu no período de 19 de novembro de 2024 a 14 de fevereiro de 2025 e desenvolveu-se numa VMER, que tem como missão “garantir a prestação de cuidados de emergência médica pré-hospitalar da região (...) os conhecimentos científicos atuais e as melhores práticas”⁵⁰ p.3 e assume os valores do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e da instituição, sendo os mesmos a competência, credibilidade, ética, eficiência e qualidade.

A VMER onde realizei o estágio cobre uma área considerável da região do Alentejo, englobando cinco concelhos e um total de 5.400 km² de área, com uma densidade populacional de cerca de 18,2 habitantes por km² (dados de 2021)⁵¹. Verifica-se uma dispersão territorial considerável entre zonas urbanas e rurais, especialmente notória nas zonas rurais do interior da região, as quais revelam dificuldades acrescidas de acesso⁵¹. Além da comunidade local, somam-se ainda duas instituições prisionais e um aumento regular da população em cerca de 5.000 trabalhadores - num período fixo de cerca de quatro meses - devido à manutenção das refinarias, central termoelétrica e instalações portuárias⁵¹. Regista-se também um aumento motivado pela afluência sazonal, dado que os números populacionais mais do que duplicam entre junho e setembro, fruto da forte indústria do turismo⁵¹. Torna-se um enorme desafio prestar cobertura a todo o território e adequar os recursos às demais flutuações populacionais que se registam ao longo do ano, numa luta constante entre a otimização do tempo e a necessidade de assegurar uma resposta rápida e eficaz às situações de emergência.

A equipa da VMER é constituída por 14 enfermeiros e 15 médicos e tem características particulares de elevada complexidade, com recursos limitados a nível material e humano, o que requer uma coordenação minuciosa e criteriosa. Destes 14 enfermeiros, cinco detêm o título de EEMC a área de Enfermagem à PSC (36% da equipa). É uma equipa concisa, com uma vasta experiência profissional, em que todos os elementos têm tempo de experiência profissional em pessoa em situação crítica superior

a 10 anos. Todos os elementos da VMER exercem a sua principal função profissional em serviços dedicados à pessoa em situação crítica, com um enfermeiro do bloco operatório (7%) e outro da unidade de cuidados intermédios (7%), cinco enfermeiros da unidade de cuidados intensivos (36%) e seis enfermeiros do SUMC (47%).

A equipa desenvolve a sua prática com estreita relação e articulação com os diversos meios extra-hospitalares, nomeadamente com as corporações de Bombeiros, Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar do INEM, Proteção Civil, Guarda Nacional Republicana, entre outros. A extensa rede de colaboração torna imprescindível uma elevada capacidade de adaptação e de comunicação com os vários intervenientes, assim como a articulação dos procedimentos com as várias entidades, dado que a VMER está operacionalizada com base no trabalho em equipa.

III.1.2 Contexto de estágio: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

O segundo estágio decorreu de 25 de fevereiro a 5 de maio de 2025 e desenvolveu-se numa UCIP num hospital da região do Algarve, que dá resposta a cerca de 450.000 habitantes, sendo que esta pode triplicar na época alta do turismo⁵².

As Unidades de Cuidados Intensivos caracterizam-se pela observação e tratamento de pessoas em situação crítica, com necessidade de monitorização invasiva, suporte de funções vitais e assistência por médico e enfermeiros especializados 24 horas por dia, exigindo um nível elevado de atenção, disponibilidade e resposta técnica⁵³. As unidades são altamente diferenciadas e têm procedimentos próprios em função da sua área de diferenciação⁵³. É recomendado que cada unidade tenha entre 6 e 16 *boxes*, com organização por *boxes* individuais, em detrimento de áreas abertas⁵³. Preconiza-se ainda que a observação da pessoa deve ser efetuada através de visualização direta a partir do posto de vigilância de enfermagem⁵³.

A UCIP onde desenvolvi o meu estágio tem como missão servir a população residente e visitantes com respeito pela missão do Serviço Nacional de Saúde (SNS), na prestação integrada de cuidados de saúde, no ensino e investigação⁵². Como valores salientam o trabalho em prol do utente, o trabalho em equipa, a aposta na inovação, a gestão participativa e a orientação para os resultados⁵².

Sendo uma UCIP, é caracterizada de nível III, capaz de assegurar os cuidados integrais das pessoas que tem à sua responsabilidade e mantendo um rácio 1:1 entre enfermeiro e pessoa⁵⁴. Dispõe de uma sala em *open space*, com uma lotação de 16 *boxes* e um quarto de isolamento com possibilidade de pressão negativa, localizado num espaço externo à sala.

A equipa de enfermagem é constituída por 52 elementos de enfermagem, dos quais nove enfermeiros detêm o título de EEMC-PSC, cinco são especialistas em

Enfermagem de Reabilitação e um enfermeiro é especialista em Enfermagem Comunitária. Existem ainda dois elementos na área de Enfermagem de Reabilitação que desenvolvem apenas cuidados de enfermagem especializada em reabilitação, exclusivamente no turno da manhã, todos os dias da semana. O serviço não cumpre as recomendações de 12 horas de cuidados de enfermagem de reabilitação por cada cinco clientes, nem que 50% dos elementos de enfermagem sejam especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica⁴⁷. Relativamente à primeira recomendação, tal não é possível devido à escassez de recursos humanos, problema transversal a todos os serviços de saúde na atualidade. Quanto à segunda recomendação, salienta-se que seis elementos da equipa de enfermagem estão presentemente a frequentar o curso de especialidade em EEMC-PSC.

A maioria da equipa de enfermagem integra ainda a equipa de emergência médica interna que dá respostas às situações de emergência que ocorrem no hospital em questão, sendo constituída por enfermeiros que exercem funções na UCIP e médicos com formação em cuidados intensivos.

III.1.3 Contexto de estágio: Serviço de Urgência Polivalente

O terceiro e último estágio decorreu no período de 6 de maio a 15 de julho de 2025 e desenvolveu-se num SUP numa região de Lisboa que dá resposta a uma área estimada em 2,3 milhões de habitantes⁵⁵.

No ano de 2022, registavam cerca de 673 atendimentos por dia na urgência, um aumento de 20,6% face ao ano anterior⁵⁵. Como tal, este serviço abrange um vasto número de pessoas oriundos de diversas regiões do país, funcionando 24 horas por dia e 7 dias por semana. A média de permanência na urgência foi de 6 horas e 13 minutos⁵⁵. Cerca de 46% do total são admissões de pessoas pouco urgentes ou não urgentes (prioridade verde e azul) e cerca de 7% de muito urgente (prioridade laranja)⁵⁵.

O sistema utilizado na triagem é o de Manchester⁵⁶ e preconiza-se que o enfermeiro escalado neste posto seja EEEMC na área de enfermagem à PSC⁵⁴, o que presentemente não se verifica.

O SUP é “o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área”⁵⁷ p.20674. Além das respostas dos recursos inerentes aos SUMC, deve fornecer à sua população as seguintes valências: neurocirurgia, imagiologia com angiografia digital e ressonância magnética, patologia clínica com toxicologia, cardiologia de intervenção, cateterismo cardíaco, angioplastia, pneumologia e gastroenterologia com endoscopia, cirurgia cardiotorácica, plástica e reconstrutiva vascular e maxilo-facial e medicina intensiva⁵⁷. Deve ainda existir um centro de trauma⁵⁷.

A equipa de enfermagem é constituída por 160 elementos, com um enfermeiro gestor que conta com a colaboração de três elementos de enfermagem de apoio à gestão. Ao nível da formação especializada, a equipa é constituída por trinta profissionais que detêm o título de EEEMC, dois elementos de enfermagem com título de enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, um enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e um enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

O serviço apresenta seis salas de triagem e quatro salas de emergência (SE), as últimas das quais se encontram, quando possível, divididas em duas salas dedicadas à patologia médica e duas salas dedicadas à pessoa vítima de trauma. É recomendado que os enfermeiros que assumem a coordenação de turno, assim como a sala de reanimação ou emergência, sejam EEEMC-PSC⁵⁴. Existem três zonas de pessoas em ambulatório, uma delas com pessoas deitadas em macas e outra para pessoas sentadas, que dispõem da possibilidade de realizar oxigenoterapia ou administração de terapia contínua; a terceira sala é dedicada a tratamentos mais rápidos, nomeadamente administração de injetáveis. No que concerne a área de internamento de curta duração, o serviço dispõe de uma área de observação de pessoas, constituída por cinco salas que dispõem de cuidados com monitorização contínua, assim como uma área mais ampla que foi construída para o efeito com acesso aos mesmos recursos. Existem também duas salas de pequena cirurgia e uma sala de apoio à ortopedia.

De modo a colmatar e dar resposta ao elevado número de admissões na urgência de pessoas com prioridade pouco urgentes e/ou não urgentes, foi criada uma clínica dedicada para prioridades consideradas não urgentes, nas quais foram atribuídas pulseiras às pessoas com prioridade de cor azul e/ou verde são atendidos e recebem os cuidados necessários.

Por fim, existe um gabinete dedicado a fornecer informações aos familiares das pessoas, com um enfermeiro escalado para o desempenho desta função.

É recomendado que a equipa de enfermagem a exercer funções no serviço de urgência seja constituída por 50% de EEEMC-PSC, ao passo que todos os enfermeiros devem ter formação em Suporte Avançado de Vida⁵⁴. Estas recomendações não estão a ser cumpridas, o que enaltece a necessidade de formação na equipa de enfermagem com a promoção de medidas dedicadas, como por exemplo, oferta da formação por parte da instituição e horas disponibilizadas para este efeito.

III.2 Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação apresenta-se como a primeira etapa na metodologia de um projeto e “visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar”^{58 p.10}, sendo um processo contínuo “no qual não se parte do mesmo ponto inicial, mas de um ponto aperfeiçoado, com o intuito de ter em atenção as alterações na realidade, nas instituições de saúde e respetivos serviços (...)”^{58 p.10}.

Tem como objetivo promover a melhoria contínua e cabe ao enfermeiro especialista reconhecer e identificar as necessidades do serviço, delineando ações e intervenções para colmatar essas necessidades.

A partir deste diagnóstico de situação foram definidas atividades a desenvolver em cada local de estágio de acordo com a avaliação das necessidades formativas.

III.2.1 Diagnóstico de situação: VMER

Numa primeira fase, de forma a fazer um diagnóstico de situação, realizei uma análise SWOT da VMER – que pode ser consultada no Apêndice B -, procurando complementar e fundamentar o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências.

De modo a elaborar o diagnóstico de situação, estabeleci como objetivo aplicar um questionário *online* a toda a equipa. No entanto, por indicação da enfermeira diretora da instituição e face ao risco de incumprimento do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD), a aplicação do mesmo só era possível após autorização da comissão de ética, facto que exigia tempo do qual não dispunha visto o estágio ter um espaço temporal limitado. A temática foi abordada de forma informal junto do seio da equipa multidisciplinar, o que permitiu perceber a receptividade da equipa, bem como evidenciar o elevado interesse na mesma e a importância de realizar formação nesta área. Neste sentido, foi também discutida a temática da abordagem inicial da pessoa vítima em trauma, com igual deliberação.

Posteriormente, reuni com o supervisor clínico (atual coordenador operacional da VMER) e, também, com a médica coordenadora da VMER, pois achei importante incluí-la na discussão do projeto dado que trabalhamos em equipa. Ambos demonstraram bastante interesse e consideraram viáveis todas as atividades que me propus a desenvolver. Após validar o interesse na temática e efetivar reuniões com o supervisor clínico e com o supervisor pedagógico, identificámos que a melhor abordagem para o desenvolvimento do meu projeto seria um estudo exploratório, uma vez que a temática incluía variáveis pouco divulgadas e que requeriam uma investigação mais específica e aprofundada. Este tipo de estudo permite uma visão mais geral e aproximada do objeto

de estudo⁵⁹, sendo, portanto, o principal objetivo compreender a percepção dos enfermeiros sobre os benefícios da administração de hemoderivados na pessoa vítima de trauma *major* em contexto extra-hospitalar.

No âmbito da investigação, existem questões éticas que devem estar interligadas em todas as fases do processo, desde a escolha do tema à divulgação dos resultados e devem ser passíveis de avaliação ética⁶⁰; assim, foi submetido um pedido à comissão de ética da instituição (apêndice C), onde está explanado todo o protocolo de investigação incluindo todas as fases do processo de investigação, garantindo que todos os princípios seriam cumpridos.

Mais tarde, procedeu-se a uma ação de formação sobre esta temática, com a divulgação do respetivo protocolo de investigação, que pode ser consultado no apêndice D, juntamente com a avaliação da sessão (apêndice E).

Identificámos a necessidade de formação na abordagem inicial à pessoa vítima em trauma como uma situação problemática e diretamente relacionada com a temática em estudo, visto que os enfermeiros que exerciam funções na VMER não atualizavam a sua formação há algum tempo. Expandiu-se esta formação ao SUMC, incluindo enfermeiros e médicos, pois foi identificada em conjunto com o enfermeiro gestor do SUMC como sendo uma necessidade formativa da equipa.

Na pessoa vítima de trauma é fundamental uma primeira abordagem eficaz na qual o tempo é crucial, reforçando a importância da mortalidade trimodal, de forma a diminuir a mortalidade, comorbilidades e sequelas. Para complementar esta formação, optou-se por uma abordagem teórico-prática com recurso a casos práticos, cuja apresentação pode ser consultada no apêndice F.

Por fim, após solicitação de colaboração por parte do ensino educativo à saúde escolar e, tendo-se estabelecido uma parceria com a VMER, procedeu-se à realização de uma ação de formação sobre Suporte Básico de Vida (SBV) para os estudantes do 9º ano de uma escola na área de atuação da Unidade Local de Saúde (ULS), cuja apresentação pode ser consultada no Apêndice G. Averiguou-se ainda se existiam outras requisições de colaboração neste campo, contudo não se verificaram mais pedidos pendentes.

III.2.2 Diagnóstico de situação: UCIP

No primeiro dia de estágio reuni com a enfermeira gestora e com as duas supervisoras designadas para a supervisão clínica. Neste primeiro contacto, foi prontamente abordada a questão da temática central no meu percurso de enfermeira especialista. No entanto, esta temática não foi globalmente aceite e creio que não foi percecionada a importância e o potencial da mesma.

Como tal, chegámos a um consenso e decidimos desenvolver uma formação teórico-prática sobre a abordagem à pessoa vítima de trauma (apêndice H), temática identificada como uma lacuna naquele serviço por parte da enfermeira gestora e das supervisoras clínicas.

De modo a realizar um levantamento das necessidades formativas e da relevância da temática, realizei um questionário *online* misto, incidindo sobre as necessidades formativas percecionadas pelos enfermeiros sobre a abordagem da pessoa vítima de trauma, que pode ser consultado no apêndice I. Apenas obtive onze respostas ao questionário, apesar de todos os esforços e incentivos por parte das supervisoras, assim como o reforço da importância da resposta da equipa para efetuar um diagnóstico mais preciso.

Na amostra de 11 enfermeiros, cinco detinham o título de enfermeiro especialista, dos quais quatro elementos eram EEEMC-PSC (36%) e um elemento era EEEMC (9%). Foi possível apurar que 64% dos elementos que responderam ao questionário tinham formação específica em trauma (57% realizada nos últimos 5 anos) e cerca de 46% da equipa de saúde salientou que não existia uma abordagem à pessoa vítima de trauma sistematizada. Na questão das dificuldades na abordagem “x-ABCDE”, 50% da amostra respondeu que as dificuldades se deviam à falta de formação específica em trauma, à in experiência da equipa de enfermagem e, por fim, à mobilização da pessoa vítima de trauma. Cerca de 91% dos inquiridos considerou muito importante a realização de formação nesta área; importa mencionar que apenas é realizada uma formação anual a mesma neste serviço. No que diz respeito às principais barreiras à realização de formação na temática, foi identificado como fator predominante o excesso de carga laboral, por cerca de 73% dos inquiridos. Por fim, de forma positiva todos os inquiridos responderam que tinham interesse em realizar formação sobre a abordagem à pessoa vítima de trauma. A apresentação de todos os resultados do levantamento das necessidades formativas pode ser consultada no apêndice J.

Através da observação direta e da comunicação com as enfermeiras supervisoras foi identificada como necessidade a comunicação com pessoas invasivamente ventiladas, pelo que foi elaborado um póster, disponível no apêndice K, prontamente divulgado junto da equipa. O *feedback* recebido foi muito positivo e demonstrou ter esclarecido algumas dúvidas sobre a temática, dado que para alguns elementos do serviço os sistemas de comunicação aumentativa e alternativa não eram, de todo, conhecidos.

Neste estágio, o meu principal objetivo foi o desenvolvimento das competências na prestação de cuidados de enfermagem especificamente em contexto de unidade de cuidados intensivos, uma vez que a minha experiência nesta área era um pouco mais limitada. No meu percurso académico não tive a possibilidade de desenvolver estágio

neste contexto, pelo que este estágio se traduziu numa oportunidade relevante para expandir conhecimentos e desenvolver competências técnicas e não-técnicas. A nível laboral, a minha experiência advém da transferência intra-hospitalar e inter-hospitalar, visto que exerço funções na escala de transporte de doente crítico inter-hospitalar, que cobre a transferência de pessoas do serviço de medicina intensiva.

III.2.3 Diagnóstico de situação: Serviço de Urgência Polivalente

No âmbito do desenvolvimento do diagnóstico de situação, reuni com a supervisora clínica e com o enfermeiro responsável pela formação para apresentar a minha proposta de formação sobre a “Abordagem inicial à Pessoa Vítima de Trauma”. Ambos demonstraram bastante interesse e enalteciram a pertinência da temática, principalmente pelo facto deste SUP ser considerado um centro de trauma. Salientaram a necessidade de formação, não só pela equipa estar sujeita a reformulações, mas também pelo *turnover* no serviço que levou à saída de diversos elementos de referência com considerável experiência profissional.

Para dar continuidade ao diagnóstico de situação realizei um questionário aplicado via *online*; o mesmo pode ser consultado em apêndice L e a representação gráfica das respostas no apêndice M. Contudo, a adesão foi bastante redutora apesar de todos os esforços desde o reenvio em diversos momentos ao reforço verbal da importância de ser realizado um levantamento das necessidades de formação. Obtive somente 7 respostas, das quais 85,7% exerciam funções de enfermagem há mais de 5 anos, 42,9% detinham o título de especialista em EEMC-PSC e 85,7% tinham formação em trauma. Cerca de 85,7% identificaram como a principal dificuldade na abordagem “x-ABCDE” a inexperiência da equipa de enfermagem, referindo que apenas é realizada uma formação anual nesta temática. 100% dos participantes responderam que a formação é muito importante, reforçando positivamente a necessidade e o desenvolvimento da minha ação de formação.

III.3 Definição de objetivos e Planeamento

Os objetivos, acima de tudo, traduzem os resultados que pretendemos alcançar, neste caso em particular o objetivo principal visa a aquisição de competências de mestre, comuns e específicas do EEMC-PSC, o que pressupõe um caminho longo, mas rico em aprendizagens. Para facilitar este processo, elaborei um plano de projeto que ambicionou o desenvolvimento de competências inerentes aos enfermeiros especialistas, onde delineei um objetivo geral e múltiplos objetivos específicos. No que concerne a temática de administração de hemoderivados à pessoa vítima de trauma *major* em contexto de extra-hospitalar, o objetivo passa pela difusão da temática, de modo a estimular a procura

de novas abordagens no campo da saúde e a promoção da reflexão crítica. Além de ser importante considerar novos tratamentos e abordagens, também é importante refletir sobre as dificuldades sentidas na nossa área, bem como as barreiras instituídas pelos órgãos sociais e governamentais. Como tal, torna-se preponderante orientarmos o nosso foco para a pessoa, prestando os melhores cuidados possíveis face às circunstâncias.

A fase de planeamento permite delinear estratégias a implementar, com o intuito de alcançar os objetivos previamente definidos. No plano de projeto são designados os objetivos; as atividades e ações relevantes para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista; enumerados os respetivos recursos necessários para alcançar as diferentes atividades propostas; e clarificados os critérios de avaliação.

O plano de projeto encontra-se disponível para consulta no apêndice N, apresentado em formato de quadro único, de forma esquematizada, permitindo uma leitura e análise simples.

O planeamento de todas as sessões realizadas pode ser consultado nos apêndices O, P, Q, R e S.

Para finalizar, apresento um cronograma, disponível para consulta no apêndice T, relacionando as atividades com o respetivo objetivo e estabelecendo um espaço temporal para execução, que serviu de ferramenta para assegurar uma organização estruturada e eficiente das atividades desenvolvidas ao longo dos estágios.

III.4 Execução e Avaliação

Na etapa de execução procede-se à operacionalização das atividades propostas, ultrapassando todos os imprevistos que possam surgir. Esta fase é a mais gratificante, pois permite visualizar as diferentes etapas do projeto e a ambição das metas que são propostas.

Os supervisores clínicos foram fundamentais durante o meu percurso de estágio; tive o privilégio de ser supervisionada por profissionais de excelência e conduta irrepreensível, que possibilitaram o meu crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional. Saliento também a importância do meu supervisor pedagógico, que coordenou, interveio e acompanhou todo o processo, assumindo sempre uma postura de cooperação e um papel ativo.

Na execução das atividades foram diversas as reuniões com os supervisores clínicos, supervisor pedagógico e enfermeiros responsáveis pela formação em serviço. Todos estes colaboraram afavelmente, demonstrando disponibilidade e espaço para que pudesse realizar o que ambicionava. Conteí ainda com a colaboração de outros enfermeiros, cujo papel não posso deixar de destacar. A entreaajuda e inter-relações de todos os profissionais possibilitaram a realização de todas as atividades delineadas com

sucesso, culminando em sentimentos de gratificação e realização.

Com vista a promover as ações de formação elaborei dois cartazes informativos, em consulta nos apêndices U e V, que foram afixados nos serviços após autorização dos respetivos enfermeiros gestores.

Relativamente ao objetivo específico “*Compreender a dinâmica funcional e organizacional do serviço*”, considero que a minha integração na VMER procedeu sem intercorrências. O enfermeiro coordenador operacional da VMER foi também o meu supervisor clínico, o que revelou ser um fator facilitador para o desenvolvimento das várias atividades delineadas para este estágio. Creio que o facto de exercer a minha função num serviço de urgência tenha fomentado esta rápida e eficaz integração. O facto de em diversos momentos da minha experiência profissional ter desenvolvido funções em eventos relacionados com pessoa em situação crítica terá, certamente, contribuído para este fim. A minha integração no estágio no SUP também decorreu sem contratempos, possivelmente pela mesma razão supramencionada, pois exerço funções em um SUMC, assumindo frequentemente SE e triagem, o que possibilitou o cumprimento do objetivo de forma célere e eficaz. O mesmo objetivo na UCIP também foi atingido com facilidade, o que atribuo a alguns fatores diferentes. Os meus conhecimentos prévios em pessoa em situação crítica contribuíram bastante, tal como evidenciado nos outros estágios. Adicionalmente, considero ser uma pessoa empenhada e dedicada, com boa capacidade de adaptação, capacidade essa em grande parte adquirida pela minha principal função em contexto laboral; trabalhando num hospital periférico, temos de lidar com a escassez de recursos, particularmente no que concerne à disponibilidade de algumas especialidades médicas, realidade que possibilita o desenvolvimento de saberes, competências e habilidades em áreas distintas, como por exemplo na área de neurologia, pediatria, entre outros.

A execução do objetivo “*Desenvolver competências do enfermeiro especialista na área de enfermagem médico-cirúrgica na pessoa em situação crítica*” é descrita em maior detalhe no próximo subcapítulo.

O objetivo “*Promover a educação em saúde sobre suporte básico de vida*” contou com a realização de uma ação de formação, replicada ao longo de uma semana, designada “Suporte Básico de Vida”. No final da sessão foi aplicado um questionário de satisfação, disponível no apêndice W.

Verificámos uma adesão de 97,73% dos inscritos na sessão e todos os participantes responderam ao questionário de satisfação da sessão.

O questionário de avaliação da sessão foi elaborado com recurso à escala de *Likert* e foi dividido em dois domínios, o do desenvolvimento da sessão e do formador. No que concerne o critério de avaliação, todos os tópicos foram sujeitos a avaliação de 1

a 5, em que o 1 corresponde a “Insatisfeito”; 2 ao “Pouco Satisfatório”; 3 ao “Satisfatório”; 4 ao “Bom” e 5 ao “Muito Bom”. Os resultados da avaliação desta sessão encontram-se demonstrados na Figura 1 e Quadro 1.

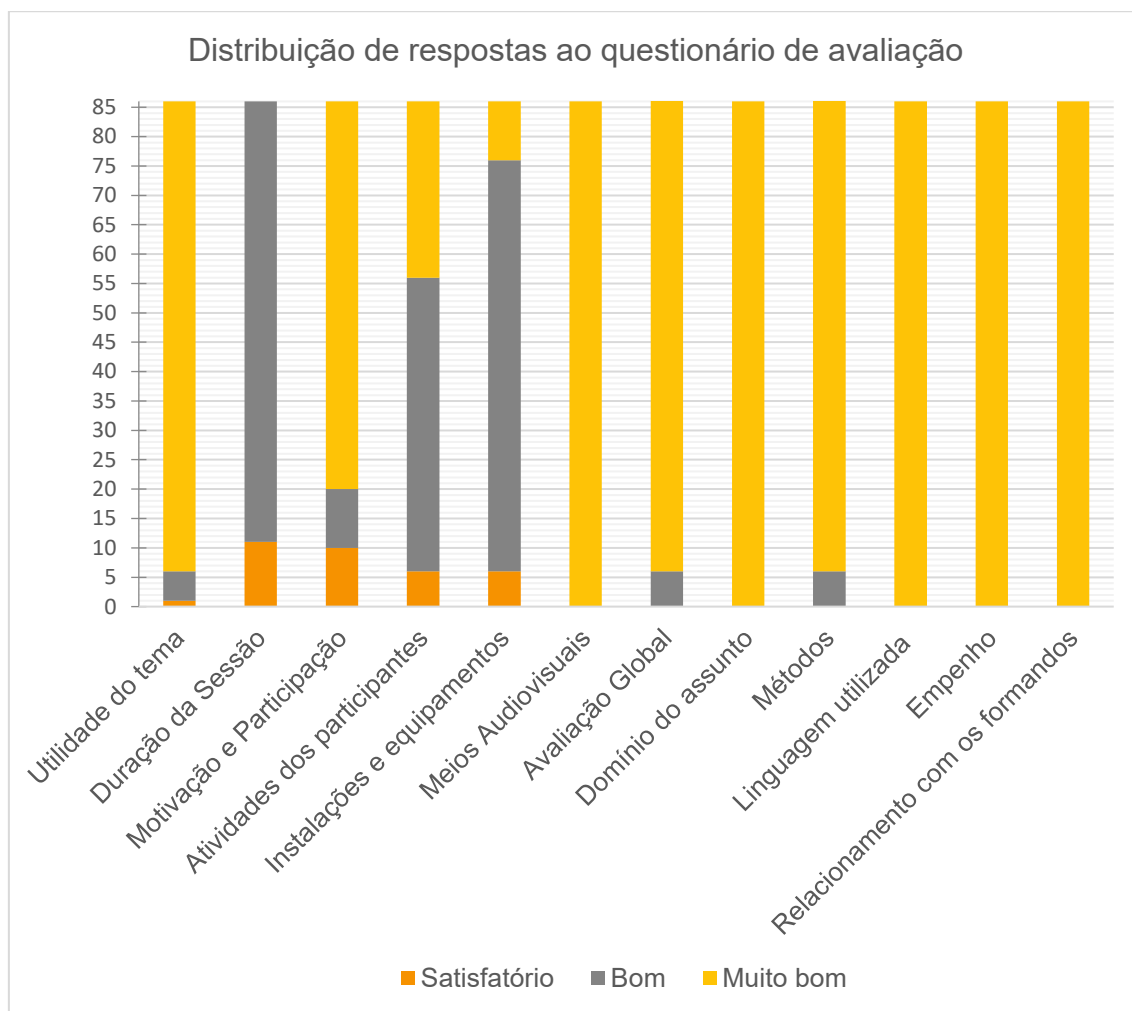


Figura 1 – Resultados do Questionário de Satisfação da Sessão “Suporte Básico de Vida”.

Tópico	Média	Moda	Mediana	Avaliação igual ou superior a 'Satisfatório'
Utilidade do tema	4,92	5	5	100%
Duração da Sessão	3,87	4	4	100%
Motivação e Participação	4,65	5	5	100%
Atividades dos participantes	4,28	4	4	100%
Instalações e equipamentos	4,05	4	4	100%
Meios Audiovisuais	5,00	5	5	100%
Avaliação Global	4,93	5	5	100%
Domínio do assunto	5,00	5	5	100%
Métodos	4,93	5	5	100%
Linguagem utilizada	5,00	5	5	100%
Empenho	5,00	5	5	100%
Relacionamento com os formandos	5,00	5	5	100%

Quadro 1 - Análise estatística dos resultados da satisfação da ação de formação “Suporte Básico de Vida”.

Podemos inferir que o presente objetivo foi atingido na sua totalidade, pois foram dadas respostas a mais de 50% dos pedidos de colaboração, obtivemos uma adesão superior a 75% e mais de 75% dos participantes avaliaram a sessão com nível “Satisfatório” ou superior.

Atentando à avaliação global da sessão e, efetuando um ponto de situação mais subjetivo, creio que a formação foi bem recebida pelos participantes, o que se revelou particularmente recompensador face aos obstáculos inerentes à promoção da literacia em saúde nesta faixa etária. Em suma, foi possível capacitar este grupo de adolescentes para atuar em situações de suporte básico de vida, ainda que estejamos a trabalhar apenas com uma amostra relativamente reduzida da população.

Relativamente ao objetivo *“Desenvolver um projeto de investigação sobre a perceção dos enfermeiros sobre os benefícios da administração de hemoderivados na vítima de trauma major em contexto extra-hospitalar”*, o mesmo ainda se encontra em fase de desenvolvimento e estimo que possa ser concluído e publicado nos próximos meses. A aprovação do pedido de investigação por parte da Comissão de Ética foi um processo moroso; com uma demora de cerca de três meses entre a submissão do pedido e a sua aprovação (anexo I) e emissão de parecer após término do estágio. O estudo está particionado em duas fases, com intervalos de resposta distintos, sendo que também

foi necessário alargar o prazo da recolha de dados para obter uma amostra significativa. Todos estes fatores supramencionados levaram à inviabilização na totalidade deste objetivo.

Por fim, o objetivo “*Capacitar a equipa de enfermagem na abordagem à pessoa vítima de trauma*” também foi alcançado; tanto a adesão, como a avaliação do nível de satisfação com a ação de formação cumpriram os critérios estabelecidos no plano de projeto. O formulário de avaliação da satisfação está disponível para consulta no apêndice X e a apresentação de resultados de satisfação das diversas sessões no apêndice Y e Z.

Na avaliação da satisfação da sessão foi realizado um questionário que incluía 18 tópicos de resposta fechada, com recurso à escala de *Likert*, finalizando com uma questão aberta para comentários e sugestões. Os tópicos foram sujeitos a avaliação de 1 a 5, no qual o 1 corresponde a “Não Satisfaz”; 2 ao “Satisfaz Pouco”; 3 ao “Satisfaz”; 4 ao “Bom” e 5 ao “Excelente”.

Na ação de formação sobre a abordagem inicial à pessoa vítima de trauma realizada no primeiro estágio registaram-se 47 participantes, correspondendo a uma adesão de 67%, ultrapassando assim o objetivo mínimo de adesão de 25%. 27 dos participantes responderam ao questionário de avaliação da sessão, correspondendo a uma taxa de resposta de 57%. O quadro 2 apresenta os dados relativos à avaliação dos participantes e respectiva análise.

Tópicos	Não Satisfaz	Satisfaz Pouco	Satisfaz	Bom	Excelente	Média	Moda	Mediana	Avaliação igual ou superior a 'Satisfaz'
1. Domínios dos conteúdos desenvolvidos	0	0	1	7	19	4,67	5	5	100%
2. Clareza da exposição	0	0	0	6	21	4,78	5	5	100%
3. Capacidade para esclarecer dúvidas	0	0	0	6	21	4,78	5	5	100%
4. Envolvimento com o grupo	0	0	0	4	23	4,85	5	5	100%
5. Incentivo dos formandos a participar na ação de formação	0	0	0	8	19	4,70	5	5	100%
6. Interesse dos conteúdos apresentados	0	0	0	2	25	4,93	5	5	100%
7. Linguagem clara e objetiva	0	0	0	4	23	4,85	5	5	100%
8. Objetivos identificados de forma clara	0	0	0	4	23	4,85	5	5	100%
9. Utilidade dos conhecimentos adquiridos	0	0	0	2	25	4,93	5	5	100%
10. Meios audiovisuais	0	0	1	4	22	4,78	5	5	100%
11. Material das bancas práticas	0	0	1	11	15	4,52	5	5	100%
12. Instalações e condições ambientais (conforto, acessos, iluminação)	0	0	0	6	21	4,78	5	5	100%
13. Divulgação da formação	0	0	1	11	15	4,52	5	5	100%
14. Cumprimento de horários	0	0	1	5	21	4,74	5	5	100%
15. Eficiência da organização da ação de formação	0	0	1	7	19	4,67	5	5	100%
16. Temas abordados face às expectativas	0	0	0	6	21	4,78	5	5	100%
17. Utilidade prática da ação de formação	0	0	0	4	23	4,85	5	5	100%
18. Avalie globalmente a ação de formação	0	0	0	4	23	4,85	5	5	100%

Quadro 2 - Análise estatística dos resultados da satisfação da ação de formação “Abordagem Inicial à Pessoa Vítima de Trauma” realizada no estágio da VMER.

Deste modo, podemos concluir que foi atingido o objetivo delineado no plano de projeto de 50% dos participantes na ação de formação avaliarem a sessão com nível “Satisfatório” ou superior.

No que respeita a avaliação prática conduzida nas bancas práticas da ação de formação, foram desenvolvidos 5 casos práticos diferentes e procedeu-se à avaliação conforme a ficha de avaliação disposta no planeamento da sessão. Em termos gerais a prestação dos participantes foi satisfatória.

Alguns participantes revelaram dificuldades na circulação com controlo de hemorragia, particularmente na identificação do choque. A exposição e controlo da temperatura também evidenciou maiores dificuldades, nomeadamente na avaliação da temperatura timpânica – por intervenção tardia - e na realização de intervenções para o aquecimento da vítima com vista a evitar a hipotermia.

Os participantes congratularam a ação de formação e recomendaram mais iniciativas deste género. Por observação direta pude comprovar um envolvimento e participação ativa dos participantes, o que se demonstrou bastante gratificante.

Na ação de formação realizada no estágio na UCIP, obtive uma adesão de 25 participantes, correspondendo a 48% da equipa de enfermagem do serviço. No entanto, não foi possível recolher respostas ao questionário de satisfação, ainda que tenha solicitado a divulgação do mesmo à supervisora clínica de forma *online* no final da sessão. Consequentemente, para prevenir a mesma ocorrência, nas seguintes ações de formação optei pela entrega em formato em papel, assegurando o anonimato das mesmas.

Através da observação direta da ação de formação, posso afirmar que obtive bastantes ganhos, com participação ativa de vários enfermeiros, através da partilha de experiências e reflexão sobre as práticas realizadas.

No que concerne a avaliação das bancas práticas com *team leaders*, com base na ficha de avaliação todos obteriam aprovação. Evidenciaram-se maiores dificuldades na identificação dos sinais de choque hemorrágico e na sistematização das intervenções. De forma informal, os enfermeiros verbalizaram terem adquirido bastante conteúdo teórico, que foi muito benéfico a sistematização e estabelecimento de prioridades, assim como a oportunidade de realizarem técnicas de mobilização das pessoas vítimas de trauma, visto serem onde identificavam mais lacunas.

Na ação de formação realizada no estágio no SUP, obtive uma adesão bastante fraca, apesar de todos os esforços, desde o incentivo a toda a equipa, afixação e divulgação em formato de papel e por via *online*, promoção orgânica, como também o aumento do número de sessões. Ainda assim, obtive apenas 11 participantes, o que

corresponde a um valor superior ao número de respostas ao questionário de levantamento de necessidades formativas, mas com uma adesão apenas de 7% da equipa. Todos os participantes responderam ao questionário de satisfação da sessão. O quadro 3 apresenta os dados relativos à avaliação da sessão por parte dos participantes e respectiva análise.

Tópicos	Não satisfaz	Satisfaz pouco	Satisfaz	Bom	Excelente	Média	Moda	Mediana	Avaliação igual ou superior a 'Satisfaz'
1. Domínios dos conteúdos desenvolvidos	0	0	0	2	9	4,82	5	5	100%
2. Clareza da exposição	0	0	0	1	10	4,91	5	5	100%
3. Capacidade para esclarecer dúvidas	0	0	0	1	10	4,91	5	5	100%
4. Envolvimento com o grupo	0	0	0	0	11	5,00	5	5	100%
5. Incentivo dos formandos a participar na ação de formação	0	0	1	3	7	4,55	5	5	100%
6. Interesse dos conteúdos apresentados	0	0	0	1	10	4,91	5	5	100%
7. Linguagem clara e objetiva	0	0	0	1	10	4,91	5	5	100%
8. Objetivos identificados de forma clara	0	0	0	2	9	4,82	5	5	100%
9. Utilidade dos conhecimentos adquiridos	0	0	0	0	11	5,00	5	5	100%
10. Meios audiovisuais	0	0	0	1	10	4,91	5	5	100%
11. Material das bancas práticas	0	0	0	5	6	4,55	5	5	100%
12. Instalações e condições ambientais (conforto, acessos, iluminação)	0	0	1	3	7	4,55	5	5	100%
13. Divulgação da formação	0	0	0	3	8	4,73	5	5	100%
14. Cumprimento de horários	0	0	0	0	11	5,00	5	5	100%
15. Eficiência da organização da ação de formação	0	0	0	1	10	4,91	5	5	100%
16. Temas abordados face às expectativas	0	0	0	1	10	4,91	5	5	100%
17. Utilidade prática da ação de formação	0	0	0	1	10	4,91	5	5	100%
18. Avalie globalmente a ação de formação	0	0	0	1	10	4,91	5	5	100%

Quadro 3 - Análise estatística dos resultados da satisfação da ação de formação “Abordagem Inicial à Pessoa Vítima de Trauma” realizada no estágio do SUP.

Portanto, podemos inferir que foi atingido o objetivo delineado no plano de projeto de 50% dos participantes na ação de formação avaliarem a sessão com nível “Satisfatório” ou superior.

Na avaliação de satisfação da sessão, o último tópico, referia-se a sugestões e comentários pelo que realço o seguintes comentários: “(...) a componente prática é de extrema importância como estimulante e facilitador do raciocínio na atuação da prática clínica” e “(...) um conteúdo teórico excelente e uma parte final prática muito eficiente, tanto na forma de abordagem como por parte da formadora em dinamizar toda a formação”. A meu ver são palavras que, de facto, exprimem a importância da formação, o crescimento da profissão e o sucesso das ações de formação realizadas.

Ao longo da sessão foram partilhados conhecimentos e esclarecidas dúvidas, pelo que podemos afirmar que os participantes se encontravam empenhados.

Relativamente à avaliação prática no decorrer das bancas práticas, onde foram

desenvolvidos os 5 casos práticos, os *team leaders* ultrapassaram com sucesso todos os problemas identificados. As maiores dificuldades identificadas foram na administração do ácido tranexâmico, identificação precoce dos sinais de choque e prevenção da hipotermia. Foi possível validar por observação direta o empenho e vontade de aprender dos participantes na atividade, sendo bastante encorajador terem procurado esclarecer dúvidas durante a sessão.

Em suma, o presente objetivo foi atingido com bastante sucesso, com a capacitação dos participantes que realizaram a ação de formação nos diferentes campos de estágio.

III.5 Análise reflexiva das competências adquiridas

A competência define-se como a aptidão que permite integrar, conjugar e mobilizar conhecimentos e habilidades, para ultrapassar desafios e obstáculos complexos com que nos deparamos, num determinado contexto profissional⁶¹. Para se agir de acordo com a competência é necessário mobilizar o domínio cognitivo (saber), psicomotor (saber-fazer) e afetivo (saber-ser); o ser competente é, portanto, saber o que fazer e quando o fazer⁶².

Aprender com a experiência e transformá-la em conhecimento implica não só considerar a ação um ponto de partida, mas também um objeto de reflexão. Por sua vez, a reflexão não é um fim em si, mas um meio que permite um processo de descontextualização da ação e posterior recontextualização, que vai deste modo permitir a atribuição de novos significados e conduzir a novas formas de atuação no campo dinâmico da autoformação. A prática reflexiva permite a aprendizagem, potencia o pensamento crítico e aprofunda a autoconsciência, exponenciando o desenvolvimento de competências. Esta é promotora da atualização dos conhecimentos e da melhoria da qualidade dos cuidados, devendo ser suportada pela evidência mais atual⁶².

Cabe ao enfermeiro que equaciona ser especialista adquirir um conjunto de competências, incluindo as competências comuns, que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas e as competências específicas, que são decorrentes das respostas humanas na área de intervenção inerente a cada área de especialização, com um grau de adequação de cuidados elevado⁵.

III.5.1 Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre

As competências comuns são “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”^{61 p.4745}. Estas estão organizadas em quatro domínios de competências: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

III.5.1.a Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista ^{61 p. 4746}
A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional
A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
Competências de Mestre ^{63 p.4162}
c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.

A prestação de cuidados de enfermagem à PSC muitas vezes corre o risco de descurar os problemas éticos, fruto da sua complexidade. No entanto, o foco da enfermagem é a Pessoa; todas as situações que envolvam relações devem ser suportadas pela defesa da liberdade e da dignidade humana e pelos valores da pessoa, o que implica que as intervenções em enfermagem estão sujeitas a um conjunto de valores, normas, interesses e princípios⁶⁴.

O enfermeiro destaca-se não só pela sua vasta formação e abordagem holística com uma abrangente área de atuação, como também pela sua componente ética e deontológica que regem o seu agir. As boas práticas de enfermagem pressupõem a dimensão científica, técnica e humana, de forma a dar resposta às necessidades da pessoa e/ou grupo⁶⁵. Para dar suporte ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, surge o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que

enuncia que os enfermeiros devem “adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”⁶⁶ p.101-102.

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o enfermeiro “é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual, o que torna cada pessoa um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminação”⁶⁷ p. 8-9. No decorrer dos estágios, os cuidados prestados seguiram os pressupostos do REPE e os padrões de qualidade, preservando os princípios da beneficência, não maleficência, justiça e respeito pela autonomia e vulnerabilidade enquanto princípios defendidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE)⁶⁶, assim como todas as reflexões efetuadas em equipa que são fundamentais na nossa prática.

Importa ainda reforçar que a privacidade, segurança e dignidade da pessoa e família estiveram sempre presentes ao longo da minha jornada de aprendizagem. No que concerne a promoção da dignidade e respeito pela pessoa, particularmente o direito à privacidade disposto no Artigo 107.º do Código Deontológico de Enfermagem (CDE) – Do respeito pela intimidade⁶⁶, em todos os cuidados prestados este pressuposto esteve sempre presente. Na UCIP, a título de exemplo, em todas intervenções as cortinas das *boxes* foram fechadas, promovendo a privacidade da pessoa.

No contexto do SUP, o respeito pela privacidade apresentou diversas barreiras, essencialmente por se exceder frequentemente a capacidade de lotação. No entanto, aquando das intervenções, as cortinas foram sempre corridas e, quando se encontravam dois ou mais pessoas num local com apenas uma cortina, verificou-se o cuidado de mobilizar pessoas ou proceder à colocação de biombos. Neste serviço, a SE esteve salvaguardada, pois, a sua estrutura implicava espaço físico de uma cama por cada SE. Na sala de tratamentos, apenas foi admitida uma pessoa de cada vez, permitindo o respeito pela privacidade.

No contexto da VMER, o respeito pela privacidade também acarretou um desafio; no entanto, em todas as situações que presenciei, as pessoas foram transportadas para as ambulâncias e as portas prontamente fechadas, evitando o olhar de terceiros.

No que diz respeito ao artigo 105.º - Do dever de informação⁶⁶, o mesmo foi sempre respeitado, informando a pessoa e respetiva família (neste caso sempre com autorização da pessoa) de todas as intervenções que foram efetuadas, obtendo o consentimento do mesmo.

Na UCIP existia um local próprio - uma sala específica, com características acolhedoras, tais como cadeirões almofadados - em que os familiares são informados sobre a situação clínica do pessoa e cuidados prestados, na presença de uma equipa

multidisciplinar; foram inúmeras as vezes em que participei de forma ativa, prestando informações aos familiares e todo o apoio que esta precisasse.

No SUP existia um projeto de melhoria contínua (denominado IUrgência) com um enfermeiro afeto a este posto, num gabinete onde se realizava chamadas para os familiares dos pessoas internados e que se encontravam em ambulatório, prestando informações e esclarecendo dúvidas aos familiares ou pessoa de referência. Também tive a oportunidade de desempenhar funções neste posto, de forma autônoma.

No que diz respeito ao dever à informação, importa frisar que todas as pessoas “têm o direito de ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas, assim como a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar”^{68 p. 56}, devendo decidir, de forma livre e esclarecida, em todos os instantes, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos⁶⁸. Assim, cabe ao enfermeiro não só informar como respeitar a vontade da pessoa, ou seja, a sua autonomia; este é o fundamento da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional⁶⁹.

A tomada de decisão em enfermagem inclui questões éticas, deontológicas e legais; cada decisão deve ser tomada em consonância e parceria com a pessoa, exceto nas situações de impossibilidade de decisão por parte da pessoa, nomeadamente por incapacidade de consentimento, sendo que qualquer intervenção deve ser sustentada pela evidência científica mais atual^{62,69}.

Subsistiu sempre o cuidado de solicitar o consentimento informado, esclarecido e livre antes de realizar qualquer tipo de intervenção. Em contexto de VMER e demais valências de pessoa em situação crítica, podem-se verificar com frequência situações de risco de vida iminente com inexistência de familiar, representante legal e incapacidade de consentimento por parte da vítima, pelo que a nossa atuação deve-se reger pelo princípio da beneficência com consentimento presumido, sendo posteriormente fornecida informação à pessoa ou representante legal sobre os atos praticados⁷⁰. Salienta-se que, na área de PSC, é necessário ter presente que “sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa”^{71 p.15}. Um desses casos foi uma ocorrência envolvendo uma pessoa vítima de 27 anos de idade, com TCE após uma queda de 5 metros, com pontuação de 7 na escala de Coma de Glasgow (O1V1M5), que necessitou de entubação endotraqueal.

Devido à multiculturalidade inerente às diversas áreas geográficas onde realizei os três estágios, tive a oportunidade de me deparar com diversas crenças e práticas culturais distintas, permitindo o desenvolvimento de abordagens diferenciadas nos

cuidados prestados em consonância com a pessoa alvo de cuidados, nunca comprometendo a qualidade dos cuidados de saúde prestados. Tal só foi possível pela capacidade de respeito pelo outro, pelos valores e crenças de cada um, pelos conhecimentos adquiridos e pelo respeito ético e deontológico inerente à profissão.

No SUP é prática comum anotar informações clínicas, nomeadamente antecedentes pessoais, motivo de ida e realização de exames complementares de diagnóstico, juntamente com a identificação da pessoa na maca respetiva. Prontamente reforcei que tal não está em conformidade com a lei vigente, nomeadamente, a confidencialidade de dados pelo RGPD (Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016)⁷², alertando para os riscos e desrespeito pela privacidade da pessoa. No entanto, não obtive um *feedback* positivo para otimizar esta prática no sentido de agir em conformidade; considero que tal se deveu ao facto de serem práticas enraizadas na prática laboral e a mudança da cultura institucional aduz diversos obstáculos e desafios a longo prazo.

Ao longo deste processo de aquisição e desenvolvimento de competências, adaptei e percecionei as dificuldades com as quais nos deparamos quando transitamos para um novo meio, com rotinas diferentes das usuais. Neste sentido, considero que exerci sempre uma prática segura, ética, deontológica e legal, com responsabilidade profissional e que atingi esta competência comum. Para tal, foi fundamental os conhecimentos previamente adquiridos e posteriormente consolidados com a Unidade Curricular (UC) de “Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem” do Mestrado, com a UC “Ética, Moral e Deontologia” da Pós-Graduação em Supervisão Clínica (anexo II) e com a participação no *Webinar* “Ciência do Cuidar: Cuidados de Enfermagem na Transculturalidade pela OE” (anexo III).

III.5.1.b Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista ^{61 p. 4747-8}
B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégias institucionais na área da governação clínica. B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.
Competências de Mestre ^{63 p. 4162}
a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;b) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;c) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. |
|---|

A constante procura da qualidade em saúde tem sido o foco de diversas organizações, nomeadamente da Organização Mundial de Saúde (OMS). Porém, importa realçar que a constante globalização promove também indivíduos mais informados e instruídos sobre os seus direitos e deveres. A OMS refere-se à qualidade em saúde como a prestação de um serviço com profissionais de saúde, com um elevado nível de excelência na sua atuação, guiados pela evidência científica mais atual, com o objetivo de ganhos na saúde das pessoas e na utilização eficaz dos recursos disponíveis⁷³. Estes cuidados devem ser eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados na pessoa, equitativos e seguros⁷³. Para cimentar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde surge 'O Plano Nacional de Segurança para os Doentes 2021-2026' que assenta em 5 pilares: Cultura de segurança; Liderança e Governança; Comunicação; Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e Práticas seguras em ambientes seguros⁷⁴.

Para atingir padrões de qualidade especializados em enfermagem médico-cirúrgica, o enfermeiro deve fazer “a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequa a sua resposta salvaguardando a segurança de todos os intervenientes” com a meta da “excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem cirúrgica persegue os mais elevados níveis de satisfação da pessoa e família/cuidador (...)”⁵ p.19361 e “na procura permanente da excelência no exercício profissional” assegurar “a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados” através “de um quadro de referência para o exercício profissional” e desenvolver “um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício”⁷⁵ p.17243.

Saliente-se que no contexto da VMER não existe uma plataforma para o enfermeiro registar as suas intervenções, utilizando-se apenas um livro de registo de ocorrências. Não sendo um mecanismo perfeito, é ainda assim uma tentativa de suprimir esta lacuna. Neste sentido, quem realizava os registos das ocorrências de forma oficiosa

eram os médicos, na plataforma iTeams Ws; aquando da ocorrência, participei sempre de forma ativa na realização desses registos.

Considero intrínseca a procura da qualidade e melhoria, sendo que procurei em conjunto com os supervisores clínicos consultar projetos de melhoria contínua e implementar novos projetos que fossem de enquadro aos objetivos delineados e ao planeamento do projeto proposto. No SUP tive a oportunidade de assistir a uma apresentação sobre projetos de melhoria contínua a decorrer na instituição, promovidos pelo gabinete de inovação, em que se pretendia otimizar os cuidados prestados. A apresentação foi deveras proveitosa, pois permitiu examinar e aprofundar toda a metodologia de um projeto de melhoria contínua, refletir juntamente com a supervisora clínica e com a enfermeira responsável pela inovação sobre a complexidade destes projetos, tanto pela construção como pela dificuldade de implementação. Sendo uma instituição de dimensões grandes, com acoplação de diversas unidades em espaços físicos diferentes, cada uma com visões díspares, acresce a dificuldade de incutir uma visão e uma missão conjunta, num processo que implica o apoio de todos os profissionais e dos órgãos superiores. Este tipo de mudança acarreta múltiplos passos e cada um de nós pode dar o seu contributo. Para fazer a diferença é necessário que todos os profissionais mergulhem numa política de melhoria contínua, marcada pela qualidade e segurança da pessoa.

No que concerne a temática de administração de hemoderivados à pessoa vítima de trauma *major* em contexto extra-hospitalar, o objetivo passa pela difusão da temática com o intuito de capacitar outros pares, estimular a procura de novas abordagens no campo da saúde e promover a reflexão. Além de ser importante considerar novos tratamentos e abordagens, também é objetivo indireto estimular a reflexão sobre as dificuldades sentidas na nossa área, bem como as barreiras instituídas pelos órgãos sociais e governamentais. Como tal, torna-se preponderante orientarmos o nosso foco para a pessoa, prestando os melhores cuidados possíveis face às circunstâncias.

A implementação da administração de hemoderivados em contexto extra-hospitalar apresenta diversas dificuldades e exige a superação de vários obstáculos, pois implica a mudança de mentalidade e a implementação de novas abordagens às pessoas vítimas de trauma, procurando uma transformação em termos de cultura de âmbito nacional, que não é isenta de fricção burocrática. Requer, também, uma reestruturação a nível institucional, a criação de protocolos e uma considerável carga logística. Os benefícios estão comprovados, particularmente em zonas rurais, embora ainda careçam de mais investigação e evidência científica para aprofundar as descobertas. Com vista a consolidar conhecimentos teóricos assisti às “I jornadas de *Transfusión Prehospitalaria*”,

o que permitiu compreender a logística e implementação da intervenção em estudo, num país em que a mesma já é amplamente aplicada.

A produção da revisão *scoping* incorre valor a nível da investigação, pois permite mapear o conhecimento disponível o que permitiu igualmente expandir o conhecimento existente sobre a temática, face às lacunas correntes na evidência científica que foram identificadas. Sugere-se a produção de mais investigação nesta área.

Tratando-se de uma abordagem que não está implementada em Portugal, considero que no seu proémio devemos procurar o enquadramento com a perceção dos enfermeiros sobre os seus potenciais benefícios. Espero que com o estudo que estou a desenvolver possa contribuir para o estabelecimento de bases de conhecimento, que sirvam de suporte para novas investigações em enfermagem e atualização de diretrizes e práticas em saúde. Adicionalmente, realizei uma ação de formação sobre os benefícios da administração de hemoderivados na pessoa vítima de trauma *major* em contexto extra-hospitalar, com a apresentação do protocolo de investigação. Não findo este caminho, também irei palestrar sobre a temática nas “I Encontro do Núcleo de Enfermagem Médico-Cirúrgica da ULS do Litoral Alentejano”, que irá decorrer no dia 31 de outubro, onde apresentarei os resultados do estudo efetuado. Julgo que é o princípio de uma longa, mas gratificante jornada, que se traduz num sentimento de realização pessoal e profissional.

Como referido no diagnóstico de situação, foi identificada uma necessidade de formação na abordagem à pessoa vítima de trauma transversal aos serviços onde realizei os estágios. A formação foi adaptada a cada contexto e consoante as necessidades identificadas, o que permitiu capacitar as equipas de enfermagem nesta área e contribuiu para uma enfermagem assente na qualidade. Derivado do sucesso da formação realizada em contexto do estágio da VMER, recebi também o convite para integrar, no próximo ano, o planeamento e execução do curso de abordagem à pessoa vítima de trauma.

Tive ainda o privilégio de ser convidada para colaborar no desenvolvimento de uma ação de formação com conteúdo teórico-prático sobre SBV e técnicas de imobilização e mobilização aos técnicos auxiliares de saúde do SUMC, conforme comprovado no anexo IV. Esta experiência revelou-se bastante desafiadora e igualmente profícua, visto que os participantes mostraram bastante envolvimento, fazendo inúmeras questões e participando ativamente na prática. A realização desta formação traduziu-se numa prestação de cuidados de saúde de maior qualidade e a oportunidade de contribuir neste processo representa para mim uma conquista pessoal e um manifesto crescimento a nível profissional.

Continuando o tópico de projetos de melhoria contínua, após solicitação da saúde escolar e ensino escolar e, para atingir o objetivo proposto de promover a educação em SBV, desenvolvi uma ação de formação sobre SBV direcionada para todos os estudantes

do 9º ano de uma escola da região. Durante uma semana procedeu-se a uma ação de formação, com uma adesão de cerca de 97,73%, registando um total de 86 participantes. Os estudantes participaram de forma ativa, denotando um elevado grau de interesse e motivação, colocando inúmeras questões sobre a temática. Esta ação de formação contou com uma componente prática, visando capacitar a população-alvo, neste caso específico a camada jovem, para agir em situações de pessoa crítica. Através de observação direta durante a ação e após término da sessão, foi possível verificar que grande parte dos estudantes estavam sensibilizados para a problemática e agiram em conformidade em situações de paragem cardiorrespiratória (PCR) ou de alteração do estado de consciência.

Procurando complementar o desenvolvimento da competência do domínio da melhoria continua da qualidade, concorri e fui aceite como investigadora principal num projeto de melhoria contínua inserido nas comemorações da semana da qualidade (anexo V), intitulado “Rir do Stress”, que foi apresentado no III encontro da Qualidade (anexo VI). Atualmente, está em fase de aprovação da Comissão de Ética para posterior implementação na organização. Este projeto destina-se à prevenção do *burnout* nos profissionais de saúde em contexto de urgência, através do desenvolvimento de mecanismo de *coping* e conta com a colaboração de profissionais da área de enfermagem, medicina e psicologia. Verificamos muitos diagnósticos de *burnout* nos nossos profissionais, sendo impreterível pôr em prática iniciativas capazes de contrariar esta tendência negativa. Uma equipa saudável promove ambiente favoráveis e melhores cuidados de saúde e segurança da pessoa.

Destaco igualmente convite para participar numa sessão de formação designada “(In)formativa sobre a Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica” promovida pela OE (anexo VII). A sessão teve como foco a discussão das linhas orientadoras para uma futura candidatura do serviço onde exerço funções, com vista a obter idoneidade formativa.

No contexto da UCIP tive oportunidade de participar em auditorias aos carros de emergência, nas quais se registou algumas não conformidades, que foram posteriormente divulgadas à equipa. Nesta conjuntura foi reforçada a importância do carro de emergência estar em conformidade para dar resposta adequada às situações críticas, minimizando o risco de erro em situações como, por exemplo, a PCR.

Um fator transversal a todos os campos de estágio foi a existência de normas e protocolos passíveis de consulta, disponíveis e de fácil acesso para todos os profissionais. A promoção da qualidade e segurança da pessoa estava patente no espírito dos profissionais que tive oportunidade de contactar. No caso da UCIP em particular, pude constatar que a formação era um ponto forte, existindo um plano de

formação estruturado e direcionado para as necessidades do serviço e dos seus profissionais.

Em todos os campos de estágio vivenciei uma cultura de segurança que “assenta na identificação dos riscos, na gestão e prevenção de incidentes e eventos adversos, admitindo e aceitando que os mesmos podem ocorrer, mas também que são, na maioria dos casos, evitáveis”^{76 p.107}. Realço a identificação inequívoca do doente; na triagem das pessoas no SUP está interiorizada e sistematizada a identificação positiva do doente, com nome completo e data de nascimento. Na UCIP, considerando que a maioria das pessoas se encontrava sedo-analgesiada, não era possível obter confirmação verbal por via direta. Como tal, em todos os turnos era validado se os clientes tinham pulseira de identificação, minimizando desta forma o risco de erro e incrementando a segurança dos cuidados com a presença das mesmas.

Saliento que em todas as intervenções, desde a administração de medicação à transfusão de hemoderivados, entre outras, foi verificada a identificação inequívoca do doente, um procedimento que considero de extraordinária importância.

Na transfusão de hemoderivados, a segurança transfusional é fundamental e em caso de incumprimento pode originar um incidente grave. Estes incidentes podem ocorrer em diversas fases do processo, desde a colheita de sangue, ao armazenamento e transporte, à sua prescrição, à colheita da amostra, aos testes pré-transfusoriais, à administração da transfusão e mesmo na própria monitorização da pessoa⁷⁷. Estima-se que cerca de 80% dos incidentes são devido a erros evitáveis, como o erro na identificação da pessoa, na colheita da amostra ou insuficiente monitorização⁷⁷. Os incidentes decorrentes da falha na correta identificação das pessoas podem ser erros de diagnóstico, erros na colheita de espécimes para análise, erros transfusionais, erros de medicação, erros em procedimentos invasivos e cirúrgicos⁷⁸. No decorrer dos estágios nunca presenciei nenhum erro deste carácter.

Relativamente à cirurgia segura, no SUP realizei a lista de verificação pré-operatória em todas as pessoas que encaminhei para o bloco operatório; nela constava a identificação da pessoa, causa da admissão, alergias, antecedentes pessoais, diagnóstico e intervenção proposta, consentimento informado assinado, avaliação anestésica, realização de exames laboratoriais, radiológicos, ECG, pulseira de identificação, realização de jejum, ausência de adornos e medicação administrada. Instrumentos como este minimizam o risco de erros e aumentam a segurança da pessoa.

A nível da segurança na medicação, ou seja, o “conjunto das atividades para evitar, prevenir ou corrigir incidentes que podem resultar do uso de medicamentos”^{79 p.249}, podemos afirmar que os riscos associados ao uso de medicamentos são multifatoriais e distintos entre si⁷⁹. A segurança na medicação avoca um papel de notória relevância, ora

não fosse a mesma considerada um problema global de saúde pública. Neste sentido, foram propostas metas de redução em 50% dos erros de medicação num prazo de cinco anos, mas para tal é necessário implementar medidas e estratégias⁷⁹. As áreas prioritárias são a identificação dos medicamentos de alto risco ou alerta máximo (MAM), medicamentos LASA (*look alike, sound alike*), polimedicação e transição entre cuidados⁷⁹. É recomendado que os profissionais estejam familiarizados com as listas de medicamentos LASA e MAM, com o intuito da prevenção de incidentes⁸⁰.

No que diz respeito às estratégias de prevenção de erros de medicação, estas devem ser definidas de forma integrada e adaptadas ao contexto da prestação de cuidados de saúde, certificando também que a sua implementação seja efetuada de forma faseada. Como exemplos de estratégias de prevenção de erros de medicação, temos os sistemas de código de barras e os sistemas automatizados de dispensa⁷⁹. Enumerando algumas estratégias de prevenção que constatei, no SUP a medicação encontrava-se armazenada em dispensadores eletrónicos (Pyxis), que estavam dispersos por vários sectores e continham apenas a medicação mais usual e necessária para aquele sector. A UCIP contava também com um sistema automatizado de dispensa (Athos Dosys™), um sistema relativamente avançado e flexível para a gestão de medicamentos, localizado centralmente no serviço, em que todos os armários onde a medicação se encontrava armazenada apenas abriam após dispensa automatizada. Na UCIP, a preparação e administração da medicação foi sempre realizada com dupla verificação. Outro exemplo de estratégia de prevenção de erros de medicação que pude atestar concernia a preparação dos medicamentos na farmácia hospitalar, o que acontecia com a alimentação parentérica, que naquele serviço já vinha preparada da farmácia. Os sistemas de código de barras estavam implementados e eram cumpridos aquando da transfusão sanguíneas, tanto na SUP como na UCIP.

Tanto na UCIP como no SUP era realizada a avaliação do risco de queda através da escala de Morse e o risco de úlcera por pressão através da escala de Braden; estavam implementadas as devidas intervenções, como por exemplo as grades levantadas, gestão do ambiente, colocação de colchões de pressão alternada, alternância de decúbitos, hidratação da pele, entre outros. Ao nível da prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, existiam diversas sinaléticas afixadas pelos serviços para a higienização das mãos e encontravam-se as soluções antissépticas de base alcoólica em diversos locais.

A transição de cuidados refere-se a todos os momentos em que existe transferência de informação e responsabilidade da prestação de cuidados da pessoa⁸¹. Ao nível da comunicação eficaz na transição de cuidados, na minha prestação de cuidados foi sempre utilizada a técnica de ISBAR⁸² (identificação, situação atual,

anteriores, avaliação e recomendações), com vista a diminuir a perda de informação referente ao plano de cuidados, promovendo a continuidade e segurança dos cuidados. Esta é a técnica recomendada em todos os níveis de cuidados e deve ser considerada prioritária⁸²; caracteriza-se pela padronização da transmissão de informação⁸¹. De salientar que as falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional e destes 70% ocorrem em momentos de transição de cuidados⁸².

Na UCIP, como estavam em fase de adaptação ao novo sistema de informação, os registos eram feitos em duplicado, primeiramente numa folha própria de registo – que não seguia a metodologia ISBAR - e posteriormente no programa PatientCare. Aquando do *handover*, ou seja, da passagem de turno, a metodologia ISBAR já era utilizada.

No SUP identifiquei uma situação que considero um problema. A transição de cuidados, na minha ótica, não era efetuada de forma eficaz e segura, isto porque nas transferências para serviço como internamento, em que não havia acompanhamento de enfermagem, não existia transmissão de informação via verbal, restringindo-se apenas à transferência do processo por via informática. Nesse sentido, procurei junto da minha supervisora clínica expor esta problemática, de forma cautelosa e assertiva com base na evidência, citando a normativa da Direção Geral de Saúde (DGS), porém obtendo o *feedback* que se tratava de uma norma interna e, como tal, nada poderia ser feito. Ainda no SUP, propus a realização de cartões de bolso e recomendei a afixação de cartazes com o ISBAR em locais da passagem de turno, para sensibilizar a equipa. Estas estratégias já se encontravam em conformidade na UCIP.

O facto de ser o elo de ligação para a gestão de risco no meu local de trabalho tem contribuído, de forma contínua, para o desenvolvimento deste domínio. Tenho bastante presente a importância da cultura da segurança e da realização de notificações de incidentes, identificando os riscos atempadamente; exigindo uma visão de melhoria e transparência, sem qualquer ação punitiva. É importante reforçar que a realização do relato de incidentes tem um longo caminho a percorrer, começando pela aceitação por parte de todos os profissionais de que a notificação de incidentes é uma oportunidade de crescimento e aprendizagem no seio das equipas de saúde. Foram inúmeras as situações em que reforcei a necessidade e importância de realizar o relato de incidentes nas plataformas HER+ (*Health Event and Risk Management*) ou NOTIFICA; exemplo disso foi a notificação de um incidente não clínico que decorreu no estágio da SUP, em que uma pessoa demonstrou hostilidade e se comportou de forma violenta, arremessando uma cadeira contra os profissionais de saúde que estavam presentes. Esta notificação assumiu especial importância para evidenciar a necessidade de reforço de segurança, da criação de botões de pânico e disseminação dos mesmos, entre outros. Apostei também

no incentivo e promoção da notificação ao nível dos recursos e gestão organizacional, devido à falta de recursos humanos, nomeadamente de enfermeiros, face à sobrelotação constante de pessoas.

As instituições de saúde que promovem um ambiente favorável e uma aprendizagem com os erros associados aos cuidados de saúde proporcionam uma cultura de segurança verdadeira e apresentam melhores resultados em saúde⁸³. Reforço ainda a importância no que concerne a segurança e qualidade da pessoa, em que “o treino dos profissionais envolvidos e o rigor na sua implementação é fundamental e salva vidas”^{78 p.216}.

No campo académico, as UC's “Gestão e Segurança em Saúde” e “Segurança do Doente e Prevenção e controlo das IACS” do Curso Mestrado em Enfermagem e, ainda, a UC “Conceções e práticas de Enfermagem em Supervisão Clínica” da Pós-Graduação de Supervisão Clínica foram ferramentas com importante contributo para o desenvolvimento desta competência.

III.5.1.c Domínio da gestão dos cuidados

Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista ^{61 p. 4748-9}
C1 – Gere os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e articulação na equipa de saúde.
C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.
Competências de Mestre ^{63 p. 4162}
b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.

A gestão dos cuidados de enfermagem é basilar ao EEEMC-PSC e, como tal, evidencia-se como fundamental para o desenvolvimento desta capacidade. A qualidade, a eficiência dos cuidados, a liderança, a satisfação dos trabalhadores estão intrinsecamente relacionadas e visam promover comportamentos de melhoria contínua das equipas. Esta pressupõe um conjunto de dimensões, nomeadamente o planeamento,

a organização de cuidados, a supervisão, a orientação, a avaliação e a coordenação das práticas de enfermagem⁸⁴. O processo de tomada de decisão é fulcral nos cuidados de excelência de enfermagem e inerente às competências de gestão. A dificuldade de desenvolvimento de competências na área de gestão é notória, sobretudo em contexto de estágio; contudo, ao longo dos estágios os supervisores clínicos sempre promoveram o desenvolvimento desta competência, permitindo que assumisse o processo de tomada de decisão com validação da mesma e assumindo situações de liderança.

Na VMER, toda a equipa multidisciplinar permitiu que desenvolvesse competências na área da gestão e assumisse a liderança em diversas situações com as quais nos deparámos. Neste contexto, a gestão acarreta um peso enorme, pois as equipas são pequenas e devem, portanto, ser coesas, minuciosas, com elevado sentido de trabalho em equipa de forma a potencializar as suas respostas face à carência de recursos físicos e humanos e às situações críticas com que se defrontam. Entenda-se trabalho em equipa como o conjunto de situações em que um grupo com determinadas características realiza atividades conjuntas e conjugadas para atingir objetivos comuns⁷⁶.

Em virtude do meu supervisor clínico ser também o coordenador operacional da VMER, foi possível observar e participar na realização de inventários de materiais e consumíveis. Os equipamentos foram verificados e testados diariamente, no turno da manhã, ao passo que a validade dos materiais foi conferida semanalmente; tive oportunidade de realizar esta tarefa de forma consistente e regular.

No contexto de urgência, foi possível realizar turnos com os enfermeiros coordenadores de apoio à gestão, apesar de considerar que estes deveriam ter áreas de gestão definidas, como por exemplo, um enfermeiro ficar responsável pela logística, outro pelos recursos humanos e outro pela formação. Foi possível observar toda a dinâmica da gestão de stock, gestão de recursos humanos e planeamento e incentivo para a formação. Importa ainda referir que, da conversa informal com o enfermeiro coordenador de apoio à gestão foi identificada como um problema significativo a baixa adesão à formação presencial, cujas estratégias desenvolvidas até à data não foram eficazes para suprimir este problema. Considero que a causa esteja relacionada com a sobrecarga laboral e a complexidade em alocar horas laborais para fins formativos, devido à escassez de recursos humanos. Uma potencial estratégia, na minha ótica, para facilitar a adesão à formação interna e presencial, incentivando um maior envolvimento dos profissionais, poderia passar pelo pagamento de horas de formação em regime de horas extraordinárias.

No contexto da UCIP, uma das minhas supervisoras clínicas assumia a chefia de equipa, o que permitiu observar e absorver estratégias referentes à gestão de equipa, de recursos humanos e recursos físicos. Em todos os turnos aquando da coordenação da

equipa e transição de cuidados, além das pessoas à nossa responsabilidade, existia uma transmissão de informação de todas as restantes pessoas, bem como, constrangimentos nos recursos humanos, materiais e afins. Assim, existia a responsabilidade e dever de contactar a enfermeira gestora de camas, de modo a obter informação sobre as vagas de cuidados críticos remanescentes na unidade hospitalar, por via a facilitar a alocação dos recursos existentes.

A supervisão de cuidados define-se como um “processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica”⁸⁴ p. 228 e a delegação de tarefas contempla um conjunto de critérios, nomeadamente a “atribuição da tarefa certa, sob as circunstâncias certas, à pessoa certa, com a comunicação e orientação certa, sob supervisão adequada”⁸⁵ p.2. O enfermeiro tem o “dever de se responsabilizar pelas suas decisões, atos que pratica ou delega, assim como deve assegurar a qualidade e a continuidade das atividades que delega”⁸⁵ p.1.

A delegação de tarefas é peculiarmente complexa em contexto de estágio, em locais onde não estamos familiarizados com as competências da equipa; todavia, esta não pode ser descurada. Assegurei que a mesma foi realizada sempre que era pertinente, cumprindo estritamente os critérios, com enfoque na maximização dos recursos humanos.

A minha experiência na coordenação de turno, cujas funções comecei a desempenhar a partir de dezembro de 2024, veio efetivar que assumir coordenação é um desafio, que também trouxe consigo uma vontade intrínseca de não desiludir. Acresce neste papel a responsabilidade de manter os cuidados para com as pessoas e as suas famílias, criar laços entre uma equipa multidisciplinar, que deve mergulhar na missão da instituição que representa e valorizar a promoção da saúde.

Ser líder implica o desenvolvimento de diversas competências, nomeadamente na área emocional e social⁸⁶; o desenvolvimento das *soft skills*, como a empatia, a comunicação eficaz, entre outras. Cabe ao líder motivar e empoderar, com o enfoque nas equipas de alta performance; este deve saber discutir, analisar os cuidados à luz da evidência mais atual, demonstrar um sentido de cooperação, de suporte e de segurança; bem como estimular o pensamento crítico, agir com a promoção da autonomia e a sua tomada de decisão deve ser participativa, envolvendo e escutando a sua equipa. Tem também a responsabilidade de criar condições de trabalho para os profissionais, nomeadamente na alocação de recursos adequadas para dar resposta às diferentes situações⁸⁷.

Relativamente, à liderança e aos enfermeiros existe uma “(...) relação positiva que é descrita entre a autenticidade dos líderes percebida pelos enfermeiros e o seu empoderamento e motivação para o trabalho. (...) quando uma liderança é autêntica, é fundada em valores humanísticos, valores estes que estão enraizados (...) nomeadamente na enfermagem”^{88 p.200} assim é evidente a relação positiva entre a autenticidade dos líderes, o empoderamento e a motivação no trabalho. Neste sentido, a liderança é fundamental e afeta os resultados dos profissionais, pessoas e ambiente de trabalho e pode transformar uma organização⁸⁹.

“Não há receitas mágicas. Não há dois dias iguais. Não há teorias certas”^{89 p.212}. Esta frase é representativa de toda a dinâmica e teia de complexidade que acarreta a liderança em enfermagem. Nesta dinâmica transformacional, em que cada dia no SUMC é diferente do anterior, em que diariamente se lida e gere a assinalável falta de recursos humanos, em que se reorganiza os recursos físicos para asseverar o préstimo dos cuidados, é importante estarmos abertos ao processo dinâmico que requer uma atitude aberta e acessível à mudança, em constante atualização, adaptação e renovação.

No entanto, para mim o maior desafio tem sido o desenvolvimento de competências na área da inteligência emocional. Esta caracteriza-se pela “(...) capacidade de a pessoa se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações; de controlar os impulsos e adiar a recompensa; de regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjuga a faculdade de pensar; de sentir empatia e de ter esperança”^{90 p. 254}. O primeiro passo para gerir os outros passa por aprender a gerir-se a si mesmo. De fato a autogestão emocional, ou seja, a capacidade de controlar emoções e impulsos perturbadores, mantendo a mente lúcida e calma⁹⁰ é determinante na gestão. Para o desenvolvimento destas competências saliento a experiência profissional e a realização dos cursos de Gestão de Stress (anexo VIII) e de Liderança (anexo IX) que permitiram a evolução do meu autodomínio, compreendendo melhor os mecanismos necessários para manter o controlo sobre os meus impulsos e emoções em situações de ansiedade e elevada carga emocional.

Uma situação que me marcou bastante e ressalta a importância do domínio da gestão de cuidados foi a ativação na VMER para uma dificuldade respiratória numa pessoa de 14 meses. Nesse turno estava com um enfermeiro especialista que exercia funções na unidade de cuidados intermédios, portanto a sua experiência com crianças é menor; a médica também não tinha muita experiência, pelo que fui o elo tranquilizador no seio da equipa, dado que desenvolvia funções numa urgência com serviço de urgência pediátrico. Após chegada à pessoa e realização do triângulo de avaliação pediátrica, considerámos a criança como pessoa não crítica, procedendo apenas à administração de medicação broncodilatadora, no sentido de melhorar os sintomas e prevenir a sua

instabilidade clínica. Nesta situação em particular assumi a liderança, resultando num desfecho bastante positivo após o *debriefing*, o que se revelou gratificante e demonstrou capacidade de tomada de decisão e liderança numa situação mais propensa a uma resposta emotiva.

Para atingir esta competência foi fundamental a UC “Gestão e Segurança em Saúde” do mestrado em enfermagem e a Pós-Graduação em Supervisão Clínica.

III.5.1.d Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista ⁶¹ p. 4749-50
D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. D2 - Baseia a sua <i>práxis</i> clínica especializada em evidência científica
Competências de Mestre ⁶³ p. 4162
a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; iii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo;

O conhecimento em enfermagem advém de sete fontes: investigação científica; tradição; experiência; intuição; reflexão; imaginação e pensamento heurístico, sendo necessário correlacionar estes e compreender os processos mentais intrínsecos⁶⁶. Para dar resposta às reais necessidades do outro também temos de o compreender; precisamos de uma perceção escrupulosa das nossas reais competências e necessidades formativas a nível profissional e pessoal, adotando sempre uma prática reflexiva. Segundo a Deontologia Profissional de Enfermagem, o enfermeiro assume o dever de analisar continuamente o seu exercício profissional, identificando limitações e intervindo sobre as mesmas, bem como manter uma atualização constante na prestação dos cuidados de Enfermagem⁹¹.

Durante o percurso dos estágios foram inúmeros os momentos de partilha e de reflexão que contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal. Revelou-se uma jornada de progresso contínuo e creio que assim será durante todo o ciclo de vida.

A nossa autoconsciência deve ser flexível e alvo de constantes construções e desconstruções adaptadas ao contexto, ambiente e pessoa alvo dos nossos cuidados.

Procurei a reflexão constante da minha prática e, enquanto ser humano, registei um desenvolvimento considerável a nível pessoal e profissional, expandindo o meu autoconhecimento. Acredito que a enfermeira que sou hoje já não é a mesma enfermeira que iniciou todo este processo, não só pelos conhecimentos teóricos que adquiri e pelas experiências profissionais que tive oportunidade de vivenciar, mas também pelo crescimento da minha capacidade de reflexão, de gerir conflitos, de gestão emocional e de stress, assim como, de pensamento crítico.

Adotei sempre uma postura proativa, de humildade e sentido crítico, predicada na volição por melhores cuidados e saberes teórico-práticos. Apenas através da autorreflexão foi possível desenvolver o autoconhecimento e melhorar a assertividade.

A Prática Baseada na Evidência (PBE) assenta numa resolução de problemas com base na melhor e mais recente evidência disponível, na experiência, nas competências e no juízo clínico do enfermeiro e nas necessidades e preferências da pessoa⁹². A minha prática foi sempre sustentada nestes pressupostos na tomada de decisão. Para tal, procedi à consulta da documentação, das normas e protocolos vigentes nos diversos serviços, identificando que existe imensa documentação e guias de atuação disponíveis para consulta, que se revelou um ponto bastante forte em todos os campos de estágio que tive oportunidade de frequentar. Saliento ainda que toda a documentação foi prontamente facultada por todas as equipas multidisciplinares. No decorrer dos três estágios foi prática frequente a leitura autónoma de artigos e manuais, documentos partilhados pelos supervisores clínicos e revisão de conteúdos previamente apresentados no curso de mestrado. Também revisei os conhecimentos e habilidades decorrentes do curso de *International Trauma Life Support* (ITLS) e *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS) (anexo X e XI), conjuntamente com observação direta da atuação dos enfermeiros generalistas e especialistas nos vários ambientes laborais.

Posso afirmar que no meu percurso profissional está patente uma insaciante procura por conhecimento, que direciono para uma prática de clínica especializada baseada na evidência científica, tal como se pode verificar pela minha frequência em vários congressos, formações e envolvimento em produção científica. No que concerne o período de frequência do mestrado em EMC-PSC, destaco os seguintes exemplos:

- Realização de ações de formação enquanto formadora sobre os fatores de risco para a pneumonia associada à intubação em doentes críticos sob ventilação mecânica invasiva (anexo XII);
- Realização de ações de formação enquanto formadora sobre abordagem à Pessoa Vítima de Queimaduras no SUMC (anexo XIII)

- Realização de ações de formação enquanto formadora sobre Suporte Básico de Vida Trauma- Abordagem básica e técnicas de imobilizações (anexo IV);
- Participação no I Congresso Internacional do Núcleo de Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica da ULSBM 2025 INTERVIR E VALORIZAR (anexo XIV);
- Participação no 2º Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano (anexo XV);
- Participação no I Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem da escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha de Lisboa (anexo XVI);
- Participação no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem “Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho Emergente” (anexo XVII);
- Participação nas I jornadas Científicas de enfermagem com o tema: “Múltiplas abordagens à pessoa ao longo dos ciclos de vida “(anexo XVIII);
- *Webinar* - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Supervisão Clínica para o Desenvolvimento Profissional (anexo XIX);
- *Webinar* - Violência contra os Enfermeiros (anexo XX);
- *Webinar* - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Domiciliação e Integração de Cuidados (anexo XXI);
- Realização do curso com título de "Língua portuguesa em contexto de escrita académica" pela nau (anexo XXII)
- *Webinar* - “*Debriefing After Attending Your First Resuscitation Attempt*” (anexo XXIII);
- Participação no V Congresso Internacional *Critical Care* – CESPI’ 25 (anexo XXIV).

No que diz respeito à produção científica, considero a mesma fundamental para o desenvolvimento da profissão, com especial destaque para o papel do enfermeiro especialista, que deve ser um ator ativo na promoção e difusão da evidência científica. Relativamente ao meu percurso de produção científica, está em desenvolvimento o estudo sobre a perceção dos enfermeiros sobre os benefícios da administração de hemoderivados à pessoa vítima de trauma *major* em contexto extra-hospitalar e, já em fase de submissão (anexo XXV), um artigo que desenvolvi sobre a perceção dos enfermeiros sobre as barreiras na supervisão clínica de estudantes de enfermagem num SUMC. No entanto, já tive a oportunidade de efetuar o seguinte:

- Revisão de literatura sobre os fatores de risco para a pneumonia associada à intubação em doentes críticos sob ventilação mecânica invasiva que irá ser publicada em novembro de 2025 (anexo XXVI);

- Co-autoria de um póster sobre Fatores de risco da Pneumonia associada à intubação invasiva apresentado I Congresso Internacional do Núcleo de Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica da ULSBM 2025 INTERVIR E VALORIZAR (anexo XXVII);
- Co-autoria de um póster sobre “*Delirium* na Pessoa Submetida a Intervenção Coronária Percutânea Pós Enfarte Agudo do Miocárdio” apresentado nas 1as Jornadas do Núcleo de Enfermagem da ULS de Santa Maria (anexo XXVIII);
- Comunicação oral com o título “A Percepção dos Enfermeiros sobre as dificuldades vivenciadas na Supervisão Clínica de Estudantes de Enfermagem no 2º Congresso de Enfermagem de Urgência do Hospital Pedro Hispano tendo sido atribuído o 2º prémio (anexo XXIX);
- Comunicação oral com o título “Barreiras e Estratégias na Supervisão Clínica de Estudantes de Enfermagem num Serviço de Urgência” no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem com o tema “Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho Emergente” (anexo XXX);
- Co-autoria da comunicação oral com o título “A Identificação de métodos eficazes de comunicação com o doente ventilado no SMI” no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem com o tema “Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho Emergente” (anexo XXXI);
- Póster com o título “ Dificuldade na Supervisão Clínica de Estudante de Enfermagem” que foi distinguido com o 3º lugar apresentado nas I jornadas Científicas de enfermagem com o tema: “Múltiplas abordagens à pessoa ao longo dos ciclos de vida” (anexo XXXII);
- Póster com o título “Vantagens da administração de hemoderivados na pessoa vítima de trauma em contexto extra-hospitalar: a percepção dos enfermeiros” no V Congresso *Internacional Critical Care* (anexo XXXIII).

Realizei ainda uma revisão *scoping* com o título “Benefícios da administração de hemoderivados em trauma *major* em contexto extra-hospitalar: revisão *scoping*”, que permitiu ampliar o meu conhecimento sobre esta temática e cujo resumo está disponível no apêndice AA. Contribuíram para o desenvolvimento deste artigo todas as UC's do mestrado, com destaque para a UC “Investigação em Enfermagem”.

Em suma, considero que atingi esta competência com base na PBE, tendo sido um ávido promotor na prática de investigação e na divulgação do conhecimento da ciência de enfermagem.

III.5.2. Competências Específicas em EEMC-PSC

As competências específicas decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas^{61 p. 4745}. Encontram-se organizadas em três domínios: cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença, crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações emergências, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

III.5.2.a Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica⁵

Os estágios permitiram a mobilização de conhecimentos previamente adquiridos e o desenvolvimento de competências para a obtenção do título de especialista. Consegui desenvolver práticas de cuidados de enfermagem adequados à PSC em contexto extra-hospitalar, serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos, priorizando a aquisição de novos conhecimentos e a aquisição de competências.

A PSC e/ou falência orgânica acarreta uma vasta complexidade de cuidados que requerem um olhar atento, de modo a atempar focos de instabilidade e atuar com recurso a técnicas e intervenções complexas, não descurando todos os processos inerentes não só à condição física, como psicossocial, espiritual e familiar. Importa salvaguardar o bem-estar da pessoa em todas as suas dimensões.

Para tal, é necessário um forte investimento a nível de conhecimentos teóricos; muitos destes conhecimentos foram adquiridos previamente, não só na frequência da Pós-Graduação em Doente Crítico (anexo XXXIV), UC's do mestrado, mas também pela revalidação do ACLS e ITLS e leitura autónoma frequente de normas, procedimentos, protocolos, artigos e manuais correntes. Foram vários os momentos em que tive de mobilizar conhecimentos em diversas áreas relativas à PSC.

Durante os estágios refleti bastante sobre a importância da condição humana e da dignidade da pessoa, contudo foi na VMER onde verifiquei um maior impacto e necessidade de reflexão. Foram inúmeras as situações em que nos deslocámos a residências sem quaisquer condições habitacionais, várias das quais nem tinham saneamento básico; situações evidentes de pobreza, carência e desigualdade, que nos remetem para a condição socioeconómica do nosso país. Recordo-me de uma situação em que fomos ativados para uma convulsão, em que num apartamento de tipologia T3

viviam cerca de 10 pessoas, cuja vítima em questão vivia num quarto minúsculo com uma filha de 3 anos, com micro-ondas e frigorífico inseridos no próprio quarto. A criança chorava intensamente, sendo necessário não só atuar e estabilizar a condição da pessoa, como também prestar apoio emocional e transmitir tranquilidade à criança; foram inclusivamente acionados e referenciados os meios de apoio social.

O contexto extra-hospitalar acarreta diversas características que obrigam a uma elevada valência e adaptabilidade, quer pela carência de recursos físicos e humanos, quer pela articulação com os diferentes meios. É necessário adaptarmos o nosso comportamento ao local de atuação, seja um domicílio ou plena via pública, que diferem consideravelmente do local habitual de desenvolvimento das nossas funções enquanto enfermeiros. Uma situação que me marcou bastante no estágio da VMER foi uma PCR, descrita na reflexão segundo o ciclo de *Gibbs* (apêndice BB).

Ao longo dos estágios, demonstrei conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgesia. A título de exemplo, tivemos uma ativação para um jovem de 20 anos de idade, com consumo de substâncias ilícitas, com depressão do sistema respiratório e alteração do estado de consciência, em que foi necessário entubar endotraquealmente com recurso a sedo-analgesia, sendo esta gestão efetuada sem dificuldade. Continuei a desenvolver esta competência no contexto da UCIP, em que a maioria das pessoas se encontravam sedo-analgesiadadas. A monitorização do índice bispectral, vulgarmente designado por BIS revelou-se fundamental, assim como a avaliação pela escala *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS).

Importa reforçar que a atuação do enfermeiro especialista é essencialmente baseada na antecipação de focos de instabilidade e na identificação precoce de situações potencialmente fatais.

Em todos os estágios foi adotada a abordagem ABCDE, que permitiu uma atuação rápida, eficiente e integrada, com a identificação precoce de situações potencialmente fatais; a mesma foi fortemente desenvolvida em todas as formações efetuadas sobre a abordagem inicial à pessoa vítima de trauma.

Apesar de inúmeras ativações por dor torácica, nunca foi necessário colocar a pessoa num centro de hemodinâmica. Devemos reconhecer a importância das vias verdes (VV), que pressupõem uma estratégia organizada na abordagem, com o respetivo encaminhamento e tratamento adequado, planeado e célere em todas as fases, desde o extra-hospitalar ao inter-hospitalar⁹³.

No SUP tivemos uma situação de uma pessoa com dor torácica, de tipo opressivo e persistente, com 30 minutos de evolução, na qual foi prontamente ativada a VV Síndrome Coronário ainda na triagem. Foi prescrito o eletrocardiograma (ECG), transportado até à SE, com monitorização eletrocardiográfica contínua com

desfibrilhador. Concomitantemente, sem interferir nem atrasar a abordagem, foi realizada a colheita de sangue com marcadores de necrose miocárdica e colocação de cateter periférico venoso. O ECG foi interpretado pelo médico com um tempo inferior a 10 minutos, como preconizado, verificando-se enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST nas derivações de V4 a V6. Foi administrado o respetivo protocolo terapêutico de dupla agregação plaquetária (250mg de ácido acetilsalicílico, 180mg ticagrelor e 5000UI de heparina não fracionada) e efetuado o transporte para o centro de referência com hemodinâmica, para realização de intervenção coronária percutânea (ICP). Desde a triagem até à colocação da pessoa no centro de hemodinâmica para realizar ICP decorreram 69 minutos. Neste caso concreto, a VV funcionou cumprindo os tempos; entre a realização do ECG e o início da ICP primária decorreram menos de 120 minutos⁹⁴.

No estágio de SUP foi possível mobilizar conhecimentos de suporte avançado de vida, em situações de emergência, executando a gestão de protocolos terapêuticos complexos, tendo atuando de forma atempada e segura. Um exemplo disso foi uma situação de PCR associada a um choque anafilático, em que assumi a coordenação da equipa, com enfoque na coordenação do algoritmo de PCR, demonstrando capacidade de liderança e pensamento crítico. Todas as intervenções de enfermagem foram baseadas na evidência científica e de acordo com os protocolos vigentes na instituição.

Sendo a dor o 5º sinal vital, a sua gestão é uma das competências do EEEMC-PSC, pelo que é nossa função identificar a presença de dor e atuar perante a situação. Devemos promover o maior conforto possível, através de medidas farmacológicas (após prescrição) e não farmacológicas; muitas vezes, o toque terapêutico e a escuta ativa são bastantes eficazes no controlo da dor. Para auxiliar esta avaliação recorri à escala de avaliação numérica, à escala de visual analógica ou escala de faces de *Wong-Baker* e à escala comportamental da dor (BPS) utilizada na UCIP.

Importa ressaltar que a relação terapêutica ocorre quase de forma natural, com foco na compreensão e respeito pelas características individuais de cada pessoa alvo dos nossos cuidados. A comunicação adquire um papel fundamental nos cuidados da pessoa em situação crítica, assim como na humanização de cuidados. Considero que possuo bastantes capacidades a este nível, dado que facilmente estabeleço relação terapêutica com a pessoa alvo de cuidados, criando muitas vezes empatia com o outro, tendo em conta toda a compreensão do outro e as suas características. Neste sentido a UC “Relação e Comunicação em Saúde” prestou um enorme aporte para o desenvolvimento e aperfeiçoamento desta competência.

Na UCIP encontrei uma multiplicidade de pessoas, com procedimentos e intervenções com as quais não tenho contacto diário na minha prática profissional. Deste

modo, tive oportunidade de, frequentemente, prestar cuidados à pessoa com drenagem ventricular externa, cateter venoso central; cateter arterial; cateter venoso para realização de técnica de substituição da função renal; oxigenioterapia por alto fluxo, ventilação invasiva e não invasiva; monitorização invasiva; delírio; dor; como também monitorização do doente neurocrítico e cuidados pós-reanimação, entre situações de processos complexos. Exigiu um grande investimento a nível de estudo autónomo e para complementar assisti ao *webinar* designado “Gestão do Doente Crítico: Implementação da *Bundle* ABCDEF”.

A realização e divulgação do póster sobre comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva permitiu, junto da equipa, sensibilizar para as barreiras existentes ao nível da comunicação, bem como fomentar conhecimentos para uma comunicação mais eficaz numa população de pessoas que frequentemente tem a sua capacidade de fala afetada.

A prática profissional desenvolvida ao longo de 2024 no hospital onde exerço funções constituiu um contexto privilegiado para a aquisição e consolidação das competências específicas do EEEMC-PSC. Durante este período, foram realizados 153 transportes de pessoas em situação crítica, abrangendo uma ampla diversidade de causa clínicas, nomeadamente situações de via coronária (n=42), acidente vascular cerebral (n=33), trauma (n=16), patologia gastrointestinais (n=8), pediátricas (n=23) e outras condições complexas de natureza cirúrgica, traumática e médica. Esta variedade reflete a elevada complexidade e exigência técnica e científica inerente à prática em contexto crítico.

A diversidade de destinos inter-hospitalares – com destaque para ULS a sul do tejo (n=73) e na região de Lisboa (n=77) – implicou trajetos prolongados e em condições frequentemente instáveis, exigindo do enfermeiro uma atuação sustentada em competências avançadas de avaliação, vigilância e intervenção contínua. O transporte de pessoas em situação crítica, pela sua natureza dinâmica e imprevisível, requer capacidade de decisão rápida e fundamentada, aplicação de protocolos complexos, gestão de dispositivos tecnológicos e comunicação eficaz com equipas multidisciplinares, assegurando a continuidade e segurança dos cuidados.

Este exercício profissional permitiu, deste modo, o desenvolvimento efetivo das competências específicas do enfermeiro especialista, designadamente na avaliação sistematizada da pessoa em situação crítica, gestão do processo de cuidados em contextos de instabilidade, liderança de equipas em situações complexas e promoção da qualidade e segurança dos cuidados. A multiplicidade de contextos e a responsabilidade inerente à estabilização e transporte de pessoas em situação crítica contribuem de forma determinante para a consolidação de uma prática baseada na evidência e orientada para

a excelência dos cuidados especializados.

Desta forma, considero que atingi com sucesso o desenvolvimento das competências específicas no cuidar da pessoa e família em contextos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. As UC's "Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica ou Falência Orgânica" e "Pessoa em Situação Crítica", a Pós-Graduação em Doente Crítico e as formações referentes a doente crítico que frequentei ao longo do meu percurso profissional foram um grande suporte para o desenvolvimento desta competência, assim como a minha experiência profissional corrente e prévia.

III.5.2.b Dinamiza a resposta em situações emergências, exceção e catástrofe, da conceção à ação⁵.

Uma situação de emergência "resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida"⁵ p. 19362, uma situação de exceção verifica-se um "desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis"⁵ p.19362 e catástrofe como "acidente grave ou a serie de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos matérias e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional"⁵ p.19362-19363.

Durante os estágios não presenciei situações de catástrofe ou emergência multivítimas. No entanto, cabe ao EEEMC-PSC conhecer e colaborar no plano de emergência e catástrofe.

Com vista a colmatar esta situação consultei as Orientações da Direção Geral de Saúde (DGS) para a construção de um plano de emergência; adicionalmente, a UC "Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe" deu um forte contributo e levou à realização de uma análise *SWOT* de uma situação real de incêndio num hospital público.

Na ULS onde realizei o estágio da VMER, o Plano de Emergência Interno não sofreu qualquer alteração nos últimos 10 anos e o último simulacro ocorreu em 2017. Atualmente, um grupo que está a frequentar o mestrado encontra-se a trabalhar na atualização deste plano.

Nos restantes estágios, consultei e refleti sobre o plano de emergência externa e interna, sendo que tanto o documento referente à ULS onde realizei o estágio da UCIP como o da SUP encontravam-se bastante bem estruturados, simples de compreensão e demonstravam de forma clara a operacionalização do plano.

Importa estar ciente e desperto para a capacidade de gestão de cuidados em situações de catástrofe e emergência, em que será realizada uma triagem célere baseada no *Simple Triage and Rapid Transport* (START), que não deve ultrapassar os 60 segundos e em que as pessoas são classificadas segundo as prioridades de tratamento, de forma a otimizar o tratamento do maior número de potenciais pessoas em situação crítica. Estas são categorizadas em quatro grupos, nomeadamente a Prioridade 1 (cor vermelha): Vítima emergente; Prioridade 2 (cor amarela): Vítima grave; Prioridade 3 (cor verde): Vítima não grave; Prioridade 0 (cor preta): Morto^{95,96}.

Para mobilizar conhecimentos e aquisição de competências nesta área reporto a importância do desenvolvimento do curso de risco Nuclear, Biológica, Química e Radiológica (NBRQ) no decorrer da UC “Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe”, efetuada em colaboração com o Regimento Sapadores Bombeiros de Lisboa; foi uma experiência bastante enriquecedora e esclarecedora das possíveis dificuldades de atuação perante situações destas.

Frequentei o *Webinar* “Capacitar para o (im)provável: gestão de recursos em emergência médica e catástrofe” (anexo XXXV) que permitiu perceber e estimular a capacidade de planeamento e atuação em casos de situações de exceção e catástrofe, nomeadamente na capacidade de tomada de decisão célere face a estes cenários. Realizei ainda o curso intitulado *Incident Management System (Tier 1)* pela OPENWHO (que carece de certificado porque atualmente a entidade já não fornece o certificado) que contribuiu para compreender toda a dinâmica e organização de como se procede a incidentes de origem mundial, desde os mais micro aos macros.

Também me deparei com situações de prática de crime, em que é importante reconhecer os sinais e estar atento aos indicadores associados com estas ocorrências. No SUP, durante uma triagem tivemos uma situação de suspeita de violação sexual de um jovem. Comuniquei prontamente à supervisora clínica a necessidade da preservação de provas de suspeita de crime e procedemos à consulta da norma vigente na instituição para lidar com estes casos e agimos de acordo com a mesma.

Para finalizar, considero que atingi esta competência, com base na minha capacidade de prestação de cuidados de enfermagem, baseada na evidência científica atual e na prática reflexiva. Saliento também a capacidade de adaptação necessária para providenciar uma resposta adequada e atempada à pessoa alvo de cuidados, assim como para a identificação precoce da instabilidade na pessoa em situação crítica.

III.5.2.c Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas⁵.

A nível mundial, as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e às resistências aos antimicrobianos (RAM) representam uma crescente preocupação, não só devido ao seu aumento, como também pela sua interferência negativa no prognóstico dos doentes e aumento do tempo de internamento, o que evidencia ser significativo a nível socioeconómico, assim como nas taxas de mortalidade, comorbilidades e qualidade de vida⁹⁷.

A nível nacional um dos objetivos estratégicos do 5º pilar do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 é a prática segura em ambientes seguros que visa a redução das IACS e RAM^{77,97}.

O EEEMC-PSC tem uma intervenção essencial na prevenção e controlo das IACS e RAM. Foram diversos os momentos de reflexão sobre esta competência específica, em grande parte pela sua importância. Todavia, também foram fatores facilitadores o supervisor clínico da VMER, a supervisora clínica da SUP e a médica coordenadora da VMER integrarem o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), o que permitiu o desenvolvimento da minha aprendizagem, a discussão de diferentes tópicos no decurso dos estágios e uma reflexão mais aprofundada sobre a prevenção das IACS e RAM.

Relativamente à prática no contexto da VMER, a desinfecção de todo o material era realizada imediatamente após cada ocorrência e todo o material descartável era alvo de uma única utilização.

O equipamento individual de proteção foi sempre utilizado em todas as minhas abordagens e intervenções, bem como o fornecimento de máscaras cirúrgicas às pessoas com critério e desinfecção das mãos, minimizando desta forma as infeções cruzadas. Os isolamentos foram estritamente cumpridos seguindo as indicações do PPCIRA de cada instituição e foram realizados ensinamentos à família e demais visitas.

No SUP foi identificada uma lacuna ao nível da prevenção e controlo da colonização e infeção por *staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) e *klebsiella pneumoniae carbapenemase* (KPC), dado que não se efetuava o rastreio destes, nem existia uma norma de procedimento. Foi sugerida a elaboração de uma norma e início de rastreio aquando da indicação, assim como ações para sensibilização para esta problemática. Infelizmente não foi possível realizar a norma em virtude do tempo disponível para a realização do estágio.

Na UCIP foi possível aprofundar esta competência pois a PSC neste contexto requer um cuidado reforçado, um cumprimento ainda mais rigoroso e está mais suscetível a IACS, dada a sua condição clínica e panóplia de dispositivos invasivos. Neste âmbito devo mencionar que foram sempre cumpridas as normas e procedimentos.

Ao nível da pneumonia associada à ventilação invasiva (PAI), enalteço que no decorrer do estágio na UCIP, não foi diagnosticado nenhuma PAI, facto associado aos cuidados prestados na prevenção da PAI, nomeadamente a higienização da boca, no mínimo uma vez por turno, sedação ajustada, elevação da cabeceira a 30°, verificação pelo menos uma vez por turno da pressão do *cuff* com manómetro de pressão para o efeito, mantendo pressões do balão entre 20 e 30 cmH₂O.

Nos dois campos de estágio foi sugerida a adoção de cortinas descartáveis antimicrobianas, visto que os serviços ainda utilizavam cortinas laváveis. As cortinas descartáveis microbianas representam uma medida eficaz na prevenção das IACS, pois além da sua proteção antimicrobiana, também requerem menos recursos humanos dado que são trocadas de seis em seis meses com garantia do fabricante.

No SUP assisti à formação das IACS e precauções básicas no controlo da infeção. Pude identificar que nas situações em que a pessoa tem diagnóstico de *clostridium difficile* existe a indicação da necessidade de lavagem manual das mãos; no entanto não refere a necessidade do sabão conter antisséptico e, nesse sentido, fiz a proposta aos elos de ligação do PPCIRA para atualizar a norma, após comprovação da sua evidência científica, proposta esta que foi aceite.

Para consolidar conhecimentos e competências salienta-se o contributo da UC “Segurança do Doente e Prevenção e Controlo das IACS”, a co-autoria do póster e revisão narrativa sobre os fatores de risco da Pneumonia associada à intubação invasiva, a participação no Congresso Internacional de controlo de Infeção CICI 2025 (anexo XXXVI) e a frequência do XII Curso de Controlo de infeção e das resistências aos antimicrobianos da ULS do Litoral Alentejano (anexo XXXVII) e do curso de Infeção associada aos cuidados de saúde: abordagem geral (anexo XXXVIII).

IV. Considerações finais

O presente relatório é o culminar de várias aprendizagens e ganhos; do desenvolvimento de competências na área de enfermagem, incluindo as competências comuns e específicas na área de enfermagem à PSC, evidenciando-se ao longo do relatório a consolidação e aquisição de competências técnicas e não técnicas.

Alcansei os objetivos a que me propus, respeitando os indicadores de avaliação que foram definidos no plano de projeto. Consegui, de forma eficaz, encontrar soluções para os obstáculos com que me deparei; neste sentido, o apoio dos supervisores clínicos e do supervisor pedagógico foram fundamentais. Acredito que deve existir uma maior envolvimento por parte dos enfermeiros gestores nos campos de estágio. No estágio na UCIP, a enfermeira gestora participou nas reuniões de avaliação e abordou-me frequentemente para inquirir sobre o progresso e satisfação com o estágio; no estágio de VMER o próprio coordenador era o meu supervisor clínico, que revelou sempre uma enorme disponibilidade; no entanto, no estágio no SUP a interação com o enfermeiro gestor foi bastante escassa e, tendo por base as experiências anteriores, considero que seria importante que os mesmos se envolvessem de forma mais ativa no processo, especialmente pelas perspetivas e experiências que podem partilhar.

As principais dificuldades sentidas na operacionalização do plano de projeto foram a falta de disponibilidade por parte das equipas, em grande parte propensas ao excesso de carga laboral, incluindo um considerável excedente de horas de trabalho, aliado ao elevado número de pessoas que requerem cuidados de enfermagem. É por demais evidente um sentimento global de frustração na área de enfermagem, muito associado à falta de reconhecimento pelas entidades organizacionais e governamentais, que contribui para uma desmotivação generalizada dos enfermeiros. Relaciono este facto com a falta de adesão às ações de formação, pois não creio que exista desinteresse e falta de reconhecimento quanto à importância da formação e capacitação, mas sim uma sobrecarga laboral que inibe ou desencoraja a sua procura. Devemos ter em conta o considerável investimento, quer monetário, quer de alocação do seu tempo pessoal, que os enfermeiros dedicam à construção da profissão e progressão na carreira.

O estágio no SUP, apesar das valiosas experiências e aprendizagens que proporcionou, ficou aquém das minhas expectativas. Talvez fossem demasiadas ambiciosas, pois antecipava uma multiplicidade de casos de trauma e de processos mais complexos do que aqueles com que me deparo diariamente no meu contexto laboral. Sendo o SUP um centro de trauma, ao qual crescem valências comparativamente com o SUMC, previa mais ocorrências de natureza de emergência e cariz de exceção. Esta perceção coaduna-se com o facto de exercer funções num SUMC de uma região

localizada a muitos quilómetros de distância dos grandes centros hospitalares, com uma ampla diversidade de casos clínicos, desde traumas rodoviários a incidentes de natureza industrial. Saliento que foi, ainda assim, um estágio rico para o desenvolvimento do pensamento crítico, permitindo a reflexão sobre as práticas que estão instituídas nos diferentes serviços e sobre os riscos de núcleos fechados, que podem incitar uma visão de túnel. Sem conhecer novas realidades, sujeitamo-nos a estagnar e o nosso agir fica deturpado pela repetição cíclica das mesmas tarefas, sem que haja lugar para a reflexão ou procura da evidência atual que sustenta tal intervenção.

Os estágios permitiram ganhos imensuráveis a nível de conhecimento, de novas experiências, de crescimento pessoal e profissional. O desenvolvimento progressivo do profissional de saúde contribui direta e indiretamente para uma evolução positiva no ambiente laboral, para o incremento da sinergia e o aprimoramento das equipas multidisciplinares, pelo valor que todos os indivíduos acrescentam ao seu ecossistema. Trazem também consigo um estímulo adicional, para a procura de formação e novos ensinamentos, para elevar a qualidade dos cuidados prestados.

Considero fundamental o meu contributo para a capacitação das equipas de enfermagem ao nível da abordagem da pessoa vítima de trauma nos diversos campos de estágio; acredito que promoveu uma abordagem às suas futuras pessoas em situação crítica mais sistematizada, mais célere, mais precisa, mais coordenada e mais adequada, o que se traduz na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

A formação em suporte básico de vida direcionada para a camada jovem também se revelou bastante benéfica, pois permitiu educar e promover a importância dos primeiros socorros para a comunidade, passando conhecimentos e habilidades essenciais a estes jovens, certamente representando ganhos relevantes em saúde. A nível pessoal, devo referir que esta experiência se revelou deveras desafiante e enalteceu a utilidade das competências de gestão, que foram críticas para assegurar um ambiente de cariz educativo, propício à aquisição e transmissão de conhecimentos.

Com o presente relatório pretendo fomentar investigação adicional sobre esta temática, ainda que o mesmo seja somente um pequeno contributo para a produção científica nacional. Espero que, de alguma forma, possa servir de ferramenta para auxiliar na criação de protocolos, assim como na implementação da administração de hemoderivados na pessoa vítima de trauma em contexto extra-hospitalar em Portugal.

Para dar continuidade ao trabalho até agora desenvolvido pretendo realizar um estudo primário. Olhando à evidência científica, sobressai em particular a eficácia e o potencial *lifesaving* da administração de hemoderivados em extra-hospitalar nas zonas em que o transporte da pessoa vítima de trauma para o meio hospitalar é superior a 40 minutos. Para além do referido acresce ainda a disparidade na distribuição geográfica de

recursos do nosso país, com todas as características inerentes, desde estradas sem acessos ou em estado degradado em várias localidades; a ausência de meios críticos, nomeadamente recursos humanos e exames complementares de diagnósticos e, até mesmo, as limitações dos próprios serviços de urgência médico-cirúrgica, que se encontram sem meios para receber pessoas vítimas de trauma críticas e dar resposta em situações de maior afluência. Uma pessoa vítima de um evento traumático que necessite de administração de hemoderivados em Portugal não tem necessariamente a componente do tempo a seu favor, o que pode representar a diferença entre a vida e a morte.

O papel do enfermeiro especialista neste caminho é crucial, sendo um promotor de mudança de paradigmas, sempre com foco na prestação de cuidados de enfermagem de excelência. Esta visão é intrínseca à minha índole, à minha contínua disquisição e desenvolvimento pessoal e profissional. Essa é a essência do meu ser.

Em sùmula, à luz do trabalho desenvolvido, da experiência vivenciada e da autorreflexão sobre esses mesmos processos, concluo que, enquanto futura enfermeira especialista, o meu papel na disseminação da temática da administração de hemoderivados atesta considerável relevância. As competências do enfermeiro especialista denotam a capacidade de desenvolvimento da qualidade e segurança dos cuidados no âmbito da ação, como também na formação contínua de enfermeiros e outros profissionais. Fora do campo da ação acresce ainda a importância do enfermeiro especialista naquilo que reconhecemos como competências não técnicas, tais como o desenvolvimento de investigação, contributo para o desenvolvimento e melhoria de políticas de saúde, implementação de projetos de melhoria contínua, implementação de programas de auditoria e gestão de redes de trauma em equipas pluriprofissionais.

V. Referências Bibliográficas

1. Society of Trauma Nurses (STN) Position Statement on Qualifications and Competencies for the Trauma Program Manager. Journal of Trauma Nursing. [internet]. 2023 sep/out [citado 2025 jan 10]; 30(5):251-254. Disponível em: [doi: 10.1097/JTN.0000000000000738](https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000738);
2. Bullock W, Schaefer R, Wampler D, et al. Stewardship of Prehospital Low Titer O-Positive Whole Blood in a Large Urban Fire-Based EMS System. Prehospital Emergency Care. [internet]. 2022 [citado 2025 jan 10];26(6): 848-854; Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10903127.2021.1992052>;
3. Giacometto PC, Aboboreira MA, Massago M, Andrade. Segurança da Transfusão de Sangue na cena pelo Serviço pré-hospitalar de Ambulância área: Um estudo de caso na Macrorregião noroeste do Paraná. Hematology, Transfusion and Cell Therapy. [internet]. 2024, Out. [citado 2025 jan 14] 46 (4): S837. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1419>;
4. Marcussi VM, Hashimoto MN, Zanusso-Junior G, et al. Transfusão Pré-hospitalar no SAMU Aéreo- Avaliação da sobrevida dos pacientes. Hematology, Transfusion and Cell Therapy. [internet]. 2024, Out. [citado 2025 jan 14] 46 (4S):S1-S1267. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1403>;
5. Regulamento n.º 429/2018. D.R. II Série, nº 135 (2018-07-16) p. 19359-70. [citado 2024 nov 10]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>;
6. Norma 012/2022. Via Verde do Trauma no Adulto. Direção-Geral de Saúde. [internet] (2022-11-18). [citado 2024 nov 14]. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf
7. Meleis AI. Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. 1 ed. Nova Iorque: Springer Publishing Company. [internet]. 2010. [citado 2025 jan 11] Disponível em: https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf DOI: 978-0-8261-0535-6;
8. Garcia M, Gomes R, Pugliesi E, et al. Comparação entre o Injury Severity Score (ISS) e o New Injury Severity Score (NISS) na predição da mortalidade de traumas torácicos atendidos em um hospital terciário. Rev Col Bras Cir [internet] 2024 may 06. [citado 2025 08 12]; 55. Disponível em: [DOI:10.1590/0100-6991e-20243652](https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20243652);

9. Chick N, Meleis, AI. Transitions: A Nursing Concern. Nursing research methodology. Boulder: Aspen Publications. [internet]. 1986 [citado 2024 dez 11]; 237-257; Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/267796658_Transitions_A_Nursing_Concern#fullTextFileContent;
10. Meleis AI, Sawyer L, Im EO, Messias DKH, Schumacher K. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Advances in Nursing Science. [internet]. 2000. [citado 2024 dez 11]; 23(1): 12-28. Disponível em: https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/abstract/2000/09000/experiencing_transitions_an_emerging_middle_range.6.aspx;
11. Queirós PJ. Escolas de pensamento em enfermagem: paradigma da transformação. In: Marques R, Néné M, Sequeira C, editores. Enfermagem avançada. 1.^a ed. Lisboa: Lidel; 2024. p. 58-69
12. World Health Organization, International Society Of Surgery, International Association Of Trauma Surgery And Intensive Care, AI E. Guidelines for trauma quality improvement programmes. Geneva, Switzerland: World Health Organization. [internet] 2009. [citado 2024 dez 06]. Disponível: [https://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfirndmkaj/https://iris.who.int/server/api/core/bitstream](https://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfirndmkaj/https://iris.who.int/server/api/core/bitstream://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfirndmkaj/https://iris.who.int/server/api/core/bitstream);
13. Trigo I, Almeida CMA, Paiva RO. Índice de gravidade do trauma em vítimas de acidentes de trânsito admitidas no pronto-socorro. Servir. [internet] 27 de junho de 2022[Acedido a 2025 jan 15];2(e25997). Disponível em: <https://doi.org/10.48492/servir0202.25997>;
14. Xie L, Feng M, Cheng J, et al. Developing a core competency training curriculum system for emergency trauma nurses in China: a modified Delphi method study. BMJ Open. [internet] 2023. [Acedido a 2025 jan 15];13:e066540. Disponível em: [doi:10.1136/bmjopen-2022](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022);
15. Blair KJ, Monroya A, Rook MJ, et al. What is trauma? Qualitatively assessing stakeholder perceptions in Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. Global Public Health. [internet] 2020. [citado 2024 dez 06]; 15(9): 1364–1379;
16. Eurostat. Statistics Explained- Accidents and injuries statistics. Luxemburgo: Eurostat; [internet] 2024 jul [Acedido a 2025 jan 15]. Disponível em: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Accidents_and_injuries_statistics;
17. Rossaint R, Afshari A, Bouillon B, et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma. Six ed. London: Critical Care. [internet]. 2023 [citado 2025 jul 22]; 27(1), 80. Disponível em: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-023-04327-7>;

18. Regulamento n.º 226/2018. D.R. II Série, nº. 74 (2018-04-16) p. 10758-64. [citado 2024 nov 10]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/226-2018-115116048>;
19. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Practical Guide for Implementing a Trauma-Informed Approach. Practical Guide for Implementing a Trauma-Informed Approach. SAMHSA Publication No. PEP23-06-05-005. Rockville, MD: National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory. [internet] 2023. [Acedido a 2025 jan 15]. Disponível em: <https://www.wicourts.gov/courts/programs/problemsolving/docs/traumainformedapproach.pdf>;
20. Hardy BM, Varghese A, Adams MJ, *et al*. The outcomes of the most severe polytrauma patients: a systematic review of the use of high ISS cutoffs for performance measurement. Eur J Trauma Emerg Surg. [internet] 2024. [citado 2024 dez 06]; 50:1305–1312. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00068-023-02409-3>;
21. Rito S., Ferreira JOR., Marques N., Frutuoso A., Baptista R. Prehospital Care Times and Interventions for victims of Major Trauma in the Central Region of Portugal: A Retrospective Study. Acta Med Port. [internet] 2024 Jul-Aug [Acedido a 2025 fev 08]; 37 (7-8):526-534. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.20983>;
22. Li H, Yue-Feng Ma. New injury severity score (NISS) outperforms injury severity score (ISS) in the evaluation of severe blunt trauma patients. [internet] Chinese Journal of Traumatology. 2021 [acedido 2025 set 20]; 24(5):261-265. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cjtee.2021.01.006>;
23. Furey J, Graziadei V, Pilkington I. What Are Major Trauma Systems, Why Does the UK Need Them and How Can They Be Improved?. Br J Hosp Med (Lond). [internet] 2025 Aug 19. [citado 2025 set 29]; 86(8):1-11. Disponível em: DOI: [10.12968/hmed.2025.0050](https://doi.org/10.12968/hmed.2025.0050);
24. Brito AM, Schreiber M. x-ABC versus ABC: shifting paradigms in early trauma resuscitation. Trauma surgery & acute care open. [internet] 2025. [citado 2025 out 20]; 10:e001773. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/tsaco-2025-001773>;
25. Rodrigues G. TCCC: PRE-HOSPITAL CARE IN MILITARY OPERATIONS. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. [internet] 2024 Apr 13 [citado 2025 ago 24];10(4):1320–34. Disponível em: <https://tccc.org.ua/en/guide/introduction-to-tccc>;
26. Caldeira A, d'Almeida AG, Raposo C, Lourenço J, Alves JM, Cabral L, *et al*. Abordagem do adulto vítima de trauma com suspeita/confirmação de choque hemorrágico [Internet]. 17 de julho de 2023 [citado 2025 ago 24]. Disponível em:

https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/07/OT.029-01.DEM_Abordagem-do-adulto-vitima-de-trauma-com-suspeita_confirmacao-de-choque-hemorragico.pdf;

27. Mock C, Lormand JD, Goosen J, Joshuipura M, Peden M. Guidelines for essential trauma care. [internet] Geneva: Word Health Organization. 2004 [citado 2025 set 10]. Disponível em:

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42565/9241546409_eng.pdf?sequence=1;

28. Word Health Organization. Basic emergency care: approach to the acutely ill and injured. [internet] Geneva: Word Health Organization and the International Committee of the Red Cross. 2018 [citado 2025 ago 17]. Disponível em:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/275635/9789241513081-eng.pdf?sequence=1>;

29. Alson RL, Han K, Campbell JE. International trauma life support for emergency care providers. Ninth Ed. Perason Education, Inc.; 2020. 402 p.;

30. Bichot A, Pasquier P, Martinaud C, et al. Use of prehospital transfusion by French emergency medical services: A national survey. [internet] Transfusion. 2023 mar 3 [citado 2025 jan 09]. Disponível em: [DOI: 10.1111/trf.17374](https://doi.org/10.1111/trf.17374);

31. Dudaryk RMD, Heim CMD, Ruetzler KMD, et al. Debate pró-contra: transfusão de sangue pré-hospitalar — deve ser adotada para traumas civis?. [internet] Anestesia e Analgesia. 2022 abr [citado 2025 fev 04]; 134(4): 678-682. Disponível em: [DOI: 10.1213/ANE.0000000000005747](https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000005747);

32. Yazer MH, Spinella PC, Cannon JW. THOR-AABB Working Party Recommendations for a Prehospital Blood Product Transfusion Program. [internet] Prehospital Emergency Care. 2022 [citado 2025 jan 04];26(6): 863-875; Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10903127.2021.1995089>;

33. Thies KC, Truhlář A, Keene D, et al. Pre-hospital blood transfusion – an ESA survey of European practice. [internet] Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. 2020 aug 14 [citado 2025 fev 04]; 28 (79). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13049-020-00774-1>;

34. Certain L, Rostirola JVC, Pereira JS, et al. First immediate transfusion at a prehospital environment in Latin America: A case report. [internet] Hematology, Transfusion and Cell Therapy. 2021 jul; [citado 2025 jan 04] 45(2):S153-S156. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.08.007>;

35. Yazer MH, Jenkins DH, Sperry JL, Spinella PC. How do we forecast tomorrow's transfusion? Prehospital transfusion. [internet] Transfus Clin Biol. 2022 [citado 2025 set 01]; 30(1), 39–42. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.tracli.2022.07.007>;

36. Guyett FX, Sperry JL, Peitzman AB, et al. Prehospital Blood Product and Crystalloid Resuscitation in the Severely Injured Patient. A Secondary Analysis of the

Prehospital Air Medical Plasma Trial. *Annals of surgery*. [internet]. 2021 fev. [citado 2025 jan 13]; 273 (2): 358-364. Disponível em: [DOI: 10.1097/SLA.0000000000003324](https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003324);

37. Allon R, Epstein D, Shavit I. Prehospital transfusion of low titer cold-stored whole blood through the intraosseous route in a trauma patient with hemorrhagic shock. [internet] *Transfusion*. 2020 [citado 2025 set 01]; 60(4), 875–878. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/trf.15732>;

38. Anto VP, Guyette FX, Brown J, et al. Severity of hemorrhage and the survival benefit associated with plasma: Results from a randomized prehospital plasma trial. [internet] *Journal of Trauma and Acute Care Surgery* [citado 2025 set 01]; 88(1), 141–147. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ta.0000000000002530>;

39. Gruen DS, Brown JB, Guyette FX, et al. Prehospital plasma is associated with distinct biomarker expression following injury. [internet] *JCI Insight*. 2020 [citado 2025 ago 17]; 5(8). Disponível em: <https://doi.org/10.1172/jci.insight.135350>;

40. Reitz KM, Moore HB, Guyette FX, et al. Prehospital plasma in injured patients is associated with survival principally in blunt injury: Results from two randomized prehospital plasma trials. [Internet] *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2020 [citado 2025 ago 02]; 88(1), 33–41. <https://doi.org/10.1097/ta.0000000000002485>;

41. Hamed AA, Shuib SM, Elhusein AM, et al. Efficacy and Safety of Prehospital Blood Transfusion in Traumatized Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. [internet] *Prehospital and Disaster Medicine*. 2024 [citado 2025 ago 12]; 39(5), 1–11. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s1049023x24000621>;

42. Ditzel RM, Anderson JL, Eisenhart WJ, Rankin CJ, DeFeo DR, Oak S, Siegler J. A review of transfusion- and trauma-induced hypocalcemia: Is it time to change the lethal triad to the lethal diamond? *Trauma surgery & acute care open*. [internet] 2020 mar. [citado 2025 out 20]; 88(3): 434-439. Disponível em: DOI: [10.1097/TA.0000000000002570](https://doi.org/10.1097/TA.0000000000002570);

43. Dupuy C, Martinez T , Duranteau O, et al. Comparison of the lethal triad and the lethal diamond in severe trauma patients: a multicenter cohort. *World Journal of Emergency Surgery*. [internet] 2025. [citado 2025 out 20]; 20:2. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13017-024-00572-5>;

44. Pusateri AE, Ernest EM, Moore HB, et al. Association of Prehospital Plasma Transfusion with Survival in trauma Patients with Hemorrhagic Shock when transport times are longer than 20 minutes. A post hoc analysis of the PAMPer and COMBAT Clinical trials. [internet] *JAMA Surg*. 2020 [citado 2025 jul 12]; 155(2):e195085. Disponível em: [doi:10.1001/jamasurg.2019.5085](https://doi.org/10.1001/jamasurg.2019.5085);

45. Guyette FX, Sperry JL, Peitzman AB, et al. Prehospital Blood Product and Crystalloid Resuscitation in the Severely Injured Patient: A Secondary Analysis of the

Prehospital Air Medical Plasma Trial. [internet] Annals of Surgery. 2021 fev 01 [citado 2024 dez 02]; 273(2) 358-364. Disponível em: DOI: [10.1097/SLA.0000000000003324](https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003324);

46. Bullock W, Schaefer R, Wampler D, et al. Stewardship of Prehospital Low Titer O-Positive Whole Blood in a Large Urban Fire-Based EMS System. [internet] Prehosp Emerg Care. 2022 [citado 2024 dez 05];26(6): 848-854. Disponível em: DOI: [10.1080/10903127.2021.1992052](https://doi.org/10.1080/10903127.2021.1992052);

47. Gruen DS, Guyette FX, Brown JB, et al. Characterization of unexpected survivors following a prehospital plasma randomized trial. [internet] Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 2020 [citado 2025 set 01]; 89(5), 908–914. Disponível em: DOI: [10.1097/TA.0000000000002816](https://doi.org/10.1097/TA.0000000000002816);

48. Schaefer RM, Banck EA, Krohmer JR, Haskell A, Taylor AI, Jenkins DH, Holcomb JB. Removing the barriers to prehospital blood: A roadmap to success. J Trauma Acute Care Surg. [internet] 2024 aug 1. [citado 2025 out 20]; 97(2): 138-144. Disponível em: doi: [10.1097/TA.0000000000004378](https://doi.org/10.1097/TA.0000000000004378);

49. Lammers DT, Betzold R, Henry R, et al. Nationwide estimates of potential lives saved with prehospital blood transfusions. Transfusion. [internet] 2025. [citado 2025 out 20]; 65: 14-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/trf.18174>;

50. Barros J, Duarte J. Regulamento Interno- Viatura Médica do Litoral Alentejano. Unidade Local do Litoral Alentejano. 2024 jun 13;

51. Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano. Relatório & Contas 2023 [Internet]. Sistema Nacional de Saúde, editor. 2024 maio [acedido a 2024 dez 27]. Disponível em: <https://www.ulsal.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/8/2016/11/RC-2023-com-CLC.pdf>;

52. Unidade Local de Saúde do Algarve (ULSALG). [internet]. 2024. [citado 2025 mar 10]. Disponível em: <https://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>;

53. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos. [internet] UIE/ACSS. Jan 2024 [citado 2025 mar 10]. Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf;

54. Regulamento n.º 743/2019, D.R. II Série, n.º 184 (2019-09-25) p. 128-155 [citada 2025 mar 02]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>;

55. Unidade Local de Saúde de São José (ULSSJ). [Internet] Lisboa; 2024 [citado 2025 jul 14]. Disponível: <https://www.chlc.min-saude.pt/urgencias-2/urgencia-geral-polivalente-hospital-de-sao-jose/>;

56. Grupo Português de Triagem. Protocolo Triagem de Manchester [Internet]. Grupo Português de Triagem; 2021 [citado 2025 Jul 31]. Disponível:

<https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>;

57. Despacho n.º 10319/2014. D. R. II Série, nº 153 (2014-08-11) p. 20673-20678. [citado 2025 jul 22]. Disponível: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>;

58. Ruivo MA, Ferrito C, Nunes L. Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas. Percursos jan-mar 2010; [citado ago 01];15: 1-37. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf;

59. Vilelas J. capítulo 6 – Tipos de estudos. In: Vilelas J. Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento. 3.ª ed. Lisboa: Sílabo; 2022. p.213-214;

60. Nunes L. Considerações éticas: A atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem [Internet]. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS, Instituto Politécnico de Setúbal; 2013 [citado a 2025 08 12] p. 1-21. ISBN: 978-989-98206-1-6. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/92a438bb-d57f-4d69-b5d6-8eda22b4ba37>;

61. Regulamento n.º 140/2019, D.R. II Série nº 26 (2019-02-06) p. 4744-50. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>;

62. Marques R, Pontífice-Sousa P, Néné M. A cultura do processo reflexivo na construção de competências. In: Marques R, Néné M, Sequeira C, editores. Enfermagem avançada. 1.ª ed. Lisboa: Lidel; 2024. p. 94-98;

63. Lei nº65/2018. D. R. I Série, nº 157 (2018-08-16) p. 4147-4182. [citado 2025 fev 10]. Disponível: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879?ts=1720192606084>;

64. Deodato S. Pressuposto jurídicos do exercício da enfermagem em Portugal. In: Marques R, Néné M, Sequeira C, editores. Enfermagem avançada. 1.ª ed. Lisboa: Lidel; 2024. p. 109-116;

65. Nunes, L. Para uma Epistemologia de Enfermagem. 2ª edição. Loures: Lusodidacta. 2018;

66. Ordem dos Enfermeiros. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. [internet] Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2015 [acedido 2024 dez 10]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf;

67. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. [internet] Conselho de Enfermagem. Lisboa. 2001[acedido 2024 dez 10]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>;

68. Lei n.º 95/2019, D.R. I Série nº. 169 (2019-09-04) p. 55-66. [citado 2025 jul 11]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>;
69. Nunes L. autonomia e tomada de decisão em enfermagem. In: Marques R, Néné M, Sequeira C, editores. Enfermagem avançada. 1.ª ed. Lisboa: Lidel; 2024. p. 87-93
70. Norma nº 015/2013: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Direção-Geral da Saúde. [internet] (2015-11-04). [acedido 2025 ago 25] Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>;
71. Assembleia da República n.1/2001. Diário da República n.º 2/2001 (2001-01-03) p. 14-36. [citado 2025 jul 11]. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2001/01/002a00/00140036.pdf>;
72. Lei n.º 58/2019. nº 151 (2019-08-08) p. 3-40. [citado 2025 jul 11]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/58-2019-123815982>;
73. Organização Mundial de Saúde. Manual de Políticas e estratégias para a Qualidade de Cuidados de Saúde. [internet] World Health Organization. 2020. [acedido 2025 jun 03] Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>;
74. Direção-Geral da Saúde, editores. Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. [internet] Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2022 maio. [acedido 2025 jun 03] Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>;
75. Regulamento n.º 361/2015, D.R. II Série nº. 123 (2015-06-26) p. 17240-243. [acedido 2025 jan 25]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>;
76. Nunes L. Segurança do doente e responsabilidade profissional. In: Barroso F, Sales L, Ramos S, Marques R, Néné M, Sequeira C, editores. Guia prático para a segurança do doente. 1.ª ed. Lisboa: Lidel; 2021. p. 107-122;
77. Deus MG, Trindade L. Segurança Transfusional. In: Barroso F, Sales L, Ramos S, Marques R, Néné M, Sequeira C, editores. Guia prático para a segurança do doente. 1.ª ed. Lisboa: Lidel; 2021. p. 265-274
78. Sales L, Barroso F, Ramos S. Identificação inequívoca do doente. In: Barroso F, Sales L, Ramos S, Marques R, Néné M, Sequeira C, editores. Guia prático para a segurança do doente. 1.ª ed. Lisboa: Lidel; 2021. p. 209-216

79. Sales L, Coelho C, Graça A, Paulino E. Segurança na medicação. In: Barroso F, Sales L, Ramos S, Marques R, Néné M, Sequeira C, editores. Guia prático para a segurança do doente. 1.^a ed. Lisboa: Lidel; 2021. p. 249-264
80. Norma nº 008/2023: Medicamentos de Alta Vigilância. [internet] Direção-Geral da Saúde. (2023-12-19). [acedido 2025 set 02] Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082023-de-19122023-medicamentos-de-alta-vigilancia-pdf.aspx>:
81. Caldas L, Gomes LB. Comunicação eficaz nas transições de cuidados. In: Barroso F, Sales L, Ramos S, Marques R, Néné M, Sequeira C, editores. Guia prático para a segurança do doente. 1.^a ed. Lisboa: Lidel; 2021. p. 79-88;
82. Norma nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. [internet] Direção-Geral de Saúde. (2017-02-08). [acedido 2025 set 02]. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>;
83. Pedroso E, Ramos S, Barroso F. Relato de Incidentes. In: Barroso F, Sales L, Ramos S, Marques R, Néné M, Sequeira C, editores. Guia prático para a segurança do doente. 1.^a ed. Lisboa: Lidel; 2021. p. 135-144;
84. Páscoa A, Rosário JO. Competencias de gestão e supervisão dos cuidados. In: Marques R, Néné M, Sequeira C, editores. Enfermagem avançada. 1.^a ed. Lisboa: Lidel; 2024. p. 225-229;
85. Parecer nº136/2007. Tomada de Decisão. [internet] Ordem dos Enfermeiros. (2007-04-27. [acedido a 2025 jun 12). Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf;
86. Moreira C, Nunes JR. Práticas de liderança dos enfermeiros gestores. In: Marques R, Néné M, Sequeira C, editores. Enfermagem avançada. 1.^a ed. Lisboa: Lidel; 2024. p. 217-224
87. Veiga MA. Competência emocional: indicador sensível de qualidade aos cuidados. In: Marques R, Néné M, Sequeira C, editores. Enfermagem avançada. 1.^a ed. Lisboa: Lidel; 2024. p. 230-243;
88. Carrapato P. A liderança organizacional. In: Marques R, Néné M, Sequeira C, editores. Enfermagem avançada. 1.^a ed. Lisboa: Lidel; 2024. p. 197-200;
89. Belchior A. Práticas de liderança dos enfermeiros diretores. In: Marques R, Néné M, Sequeira C, editores. Enfermagem avançada. 1.^a ed. Lisboa: Lidel; 2024. p. 212-216;

90. Marcelino T, Marques R. A inteligência emocional na liderança em enfermagem. In: Marques R, Néné M, Sequeira C, editores. Enfermagem avançada. 1.^a ed. Lisboa: Lidel; 2024. p. 253-256;
91. Cerdeira AB, Germano A, Magalhães A, Malha A, Trindade A, Pimentel E, Figueira F, Cerqueira J, Nunes L, Vieira M, Carvalho MC, Martins MC, Amaral M, Bettencourt M, Lampreia N, Gonçalves R, Deodato S, Carneiro T. Deontologia profissional de enfermagem [Internet]. Ordem dos Enfermeiros; 2015 agosto [citado 2025 jan 22]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf;
92. Conselho Internacional de Enfermeiros, editores. Combater a desigualdade: da evidência à acção [Internet]. Ordem dos Enfermeiros; 2012 maio [citado 2025 jan 23]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf ;
93. Norma nº 015/2017: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. [internet]. Direção-Geral da Saúde. (2017-07-13). [acedido 2025 sep 11]. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf> AVC;
94. Norma nº 003/2017: Via Verde do Coronária (VVC) no Adulto. [internet]. Direção-Geral da Saúde. (2025-03-07). [acedido 2025 sep 11]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0032025-de-07032025-via-verde-coronaria-vvc-no-adulto-pdf.aspx>
95. Bazzyar J, Farrokhi M, Salari A, Safarpour H, Khankeh HR. Accuracy of Triage Systems in Disasters and Mass Casualty Incidents; a Sistematic Review. Arch Acad Emerg Med. [internet] 2022 abr 30 [citado 2025 set 12];10(1):e32. DOI: [10.22037/aaem.v10i1.1526](https://doi.org/10.22037/aaem.v10i1.1526);
96. Montagner G, Sousa KK, Santos MV. Accuracy of the Simple Triage and Rapid Treatment (START) algorithm in accident and disaster triage: na integrative review. Research, Society and Development. [internet] 2022 nov 18. [citado 2025 sep 09]; 11(5). DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37234>;
97. Direção-Geral da Saúde, editores. Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. [internet] 2017 dezembro. [acedido 2025 jan 18] Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf.